

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

105

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 février 1893, à 1 heure

Par LOUIS HÉLARY

Né à Enghien-les-Bains, le 29 Mars 1863

Interne des hôpitaux et de la Clinique laryngologique de Lariboisière

Ancien interne en pharmacie des hôpitaux

Membre correspondant de la Société Anatomique

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

TUBERCULOSE LARYNGÉE

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges { MM. LANNELONGUE, professeur.
TUFFIER et CHAUFFARD, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552026_0061

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 février 1893, à 1 heure

Par LOUIS HÉLARY

Né à Enghien-les-Bains, le 29 Mars 1863

Interne des hôpitaux et de la Clinique laryngologique de Lariboisière

Ancien interne en pharmacie des hôpitaux

Membre correspondant de la Société Anatomique

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

TUBERCULOSE LARYNGÉE

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges { MM. LANNELONGUE, professeur.
TUFFIER et CHAUFFARD, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	N.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	BAILL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DULAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MÉNÉTRIÉR.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

TUBERCULOSE LARYNGÉE

INTRODUCTION

La thérapeutique de la phtisie laryngée, qui pendant longtemps ne disposa que de moyens purement médicaux, s'est enrichie, dans ces dernières années, d'un nouveau mode de traitement plus énergique mais aussi plus efficace, consistant à pénétrer par les voies aériennes sur le siège même des lésions, et à détruire par le curettage et l'extirpation, les foyers tuberculeux, de façon à en amener la cicatrisation.

En présence des troubles fonctionnels graves de cette affection, alors que toutes les médications employées pour les combattre avaient presque toujours échoué, le traitement chirurgical a donné des résultats assez heureux, pour qu'il ne soit plus permis de considérer la tuberculose laryngée, comme étant au-dessus des ressources de l'art. Cette méthode opératoire exerce sur la maladie qui nous occupe une double influence : elle agit d'abord comme un palliatif certain, en calmant, en faisant disparaître même les symptômes les plus sérieux tels que la dysphagie, la dyspnée, la dysphonie ; de plus, dans des conditions bien déterminées, lorsque le larynx est seul envahi, que les foyers bacillaires sont bien limités et peu profonds, elle peut aussi, rarement il est vrai, amener une complète guérison.

C'est cette question du traitement de la tuberculose laryngée, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale. Aussi pendant notre année d'internat passée dans l'important service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière, avons-nous employé le traitement chirurgical chez un certain nombre de malades atteints de laryngite tuberculeuse ; nous avons pu observer ces mêmes malades pendant plusieurs mois, et constater ainsi que ce mode de traitement présentait les avantages les plus sérieux.

Mais, avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui d'exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux.

M. le Dr Gouguenheim dont nous avons été l'interne, et dont nous avons pu apprécier le savant enseignement, nous a appris à connaître les maladies du larynx, et a bien voulu nous initier à la pratique opératoire de ces affections. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici toute notre reconnaissance pour les preuves d'affection et d'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

M. le Dr Lermoyez, qui nous a fait profiter de ses grandes connaissances en laryngologie, nous a témoigné une bienveillance toute particulière que nous ne pourrions oublier ; nous ne saurions trop le remercier des excellents conseils qu'il nous a donnés, en nous fournissant, à l'occasion de ce travail, d'importants matériaux.

Nous remercions les chefs de service dont nous avons été l'interne : MM. les Drs Marchand et Monod, chirurgiens des hôpitaux, dont nous avons apprécié les hautes qualités chirurgicales, la grande expérience clinique.

Nous gardons le souvenir reconnaissant de tous nos excellents maîtres dans les hôpitaux : MM. Ricard, Walter, Babinski, Richardièrre, Juhel-Rénoy.

Que M. le professeur Straus, dont nous avons été l'élève, et qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour les marques d'affectueuse bonté qu'il nous a données dès le début de nos études médicales.

HISTORIQUE

L'idée du traitement chirurgical de la tuberculose laryngée est de date toute moderne. L'invention du laryngoscope, en permettant de porter la vue au delà des cordes vocales, fit mieux connaître la nature véritable de cette maladie, avec ses différents aspects anatomiques et cliniques, et c'est seulement depuis cette époque, que la thérapeutique des affections de la gorge est enfin entrée dans une voie féconde en heureux résultats. Mais cette thérapeutique fut d'abord timide et hésitante en présence des lésions de la phtisie laryngée : on n'eut recours pendant longtemps qu'aux palliatifs purement médicaux, et ce n'est que dans ces dernières années, que, guidé par une connaissance plus sérieuse de la tuberculose et de ses manifestations locales, on osa s'adresser à la chirurgie, pour s'efforcer d'amener la guérison d'une maladie considérée jusqu'alors comme incurable.

Cependant, avant que Czermak eût créé en 1858 la laryngoscopie, les médecins ne restèrent pas inactifs en face des symptômes graves de la phtisie du larynx ; mais, comme ils n'avaient sur elle que des notions confuses, leurs moyens d'action se trouvaient limités, et ils se contentaient de combattre les accidents dus aux troubles respiratoires, et pouvant faire craindre une mort imminente.

Si on remonte à l'antiquité, il est difficile de trouver quels procédés chirurgicaux employèrent les anciens contre la tuberculose laryngée. Leur but n'était pas de guérir, mais de soulager. Hippocrate (1) le premier, pour obvier au danger de l'asphyxie dans les maladies des voies respiratoires en général, avait proposé l'emploi de tubes creux qu'on pouvait introduire par la bouche jusque dans la trachée. Ce procédé élémentaire, mais d'un usage difficile, fut adopté par tous les médecins de son époque. Plus tard, Asclépiade le trouvant peu pratique, en conçut un autre plus ingénieux : l'incision de la trachée. Ce

(1) HIPPOCRATE. *De morb.*, lib. III, cap. 10.

fut donc lui le créateur de la trachéotomie. Mais son mode opératoire était différent de celui que les modernes ont adopté : croyant que les anneaux de la trachée ne pouvaient se réunir après leur division, il incisait la trachée transversalement, entre deux anneaux cartilagineux. Cette opération ne fut pas appelée à jouir du crédit qu'elle méritait, et Cœlius Aurélianus la regardait comme un mode d'intervention non seulement chimérique, mais même criminel.

Plusieurs siècles se passèrent, lorsque Desault dans ses œuvres chirurgicales revint sur cette question, et discuta de nouveau l'utilité de l'emploi des sondes dans le traitement des affections du larynx ; il montra qu'on ne devait se servir que de sondes molles, de petit diamètre, pouvant pénétrer facilement dans un orifice déjà rétréci dans bien des cas ; que l'opération exigeait une habileté de main toute particulière et une promptitude d'exécution très grande puisqu'elle ne devait se pratiquer qu'au moment où éclataient les accidents asphyxiques.

Enfin Trousseau et Belloc, dans leur traité de la phtisie laryngée donnèrent les premiers les règles d'une intervention chirurgicale sérieuse, dans le cours de la tuberculose du larynx, au moyen de la trachéotomie telle qu'elle est encore pratiquée aujourd'hui. Cependant, quelques années avant eux, cette opération semble avoir été faite par quelques chirurgiens, pour des affections de nature probablement tuberculeuse, et Goodève en 1825, cite l'observation d'un nommé Price, qui portait depuis plus de 10 ans une canule dans la trachée, à la suite d'une opération qui lui fut faite par un médecin demeuré inconnu. Trousseau et Belloc donnent tout au long les indications de cette intervention, et racontent l'histoire de malades atteints de tuberculose laryngée, qui, en danger de mort par suite d'asphyxie due à l'obstruction des voies aériennes, trouvèrent leur salut dans la trachéotomie. Mais la difficulté de voir au delà du pharynx, et de se rendre compte, en dehors de la table d'amphithéâtre, de la topographie des lésions, empêchait tout nouveau progrès dans cette voie opératoire. Frappé de cet inconvénient, Trousseau eut l'idée d'inventer une sorte de tube, laryngoscope primitif, avec lequel il essayait de regarder à l'intérieur de la bouche ; cet instrument imparfait ne lui fut d'aucune utilité et il dut y renoncer.

Lorsqu'en 1858, Czermak et Türk eurent enfin découvert le laryn-

goscope, ce nouveau mode d'investigation donna naissance à de nombreux travaux, tels que ceux de Ruhle et de Rokitanski, concernant l'étude de la laryngite tuberculeuse ; avec lui, le traitement chirurgical de cette maladie entra dans une phase nouvelle : au lieu de se contenter de l'ouverture de la trachée pour remédier aux troubles respiratoires, il fut permis d'espérer, qu'on pourrait directement atteindre le siège des lésions par les voies naturelles, et cesser d'agir à l'aveugle, comme on l'avait fait jusqu'alors. Mais les progrès furent peu rapides, et pendant longtemps, on se contenta de porter, à l'aide du miroir laryngien, des topiques, des substances astringentes ou cicatrisantes sur les parties malades. Ce n'est pas que le traitement chirurgical des affections du larynx eût été laissé à l'écart : on n'y avait recours que pour les tumeurs bénignes, papillomateuses ou autres, et non pour les manifestations de la tuberculose.

Après Koderik qui opéra le premier, en 1750, un polype par la bouche, Lieutaud, Brauers de Louvain, Regnoli, Middeldorpf, Prat, l'auteur de la première laryngotomie thyro-hyoïdienne (1859), tous ces auteurs s'adressèrent à la chirurgie pour la guérison de ces tumeurs ; et après l'invention du laryngoscope, Czermak, Lervin, Gibb, Bruns, Fauvel en France, employèrent de préférence les méthodes endo laryngées. Il est probable, que, dans plus d'un cas, si l'examen histologique avait été pratiqué, la nature tuberculeuse de ces tissus de nouvelle formation aurait pu être reconnue.

C'est seulement en 1880, que Maurice Schmidst de Francfort, rompant avec la tradition, imprima à la thérapeutique de la phtisie laryngée une direction nouvelle. « Basant son traitement sur l'observation « d'un grand nombre de malades, dit Heryng de Varsovie (1), surtout « sur le fait de la curabilité de la phtisie du larynx, et sans s'écarter « des règles que lui prescrivait la chirurgie antiseptique, il parvint « ainsi à secouer la torpeur, et à lutter victorieusement contre le scepticisme qui avait régné jusqu'ici dans cette partie de la thérapeutique. » Le traitement de Maurice Schmidst, tel qu'il l'expliqua au congrès de laryngologie de Milan, en septembre 1880, avait pour but de calmer la dysphagie, en faisant à l'aide de couteaux d'une forme spéciale, des scarifications profondes dans l'épiglotte et dans la partie

(1) HERYNG. *Curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical*. Traduction par SCHIFFERS (de Liège), 1888.

postérieure du larynx. Mais cette méthode ne fut pas appelée à jouir d'un grand crédit : le peu de succès qu'elle donna entre les mains de son auteur lui-même, la difficulté du manuel opératoire, le peu de confiance qu'avaient les médecins en la guérison de la tuberculose, retardèrent bientôt l'élan chirurgical qu'avait donné l'innovation de Schmidst.

Les choses en restèrent là jusqu'en 1881, où une importante découverte vint doter la thérapeutique d'un nouvel agent anesthésique d'une grande valeur : Jellinek découvrait, en effet, à ce moment l'action remarquable de la cocaïne, comme anesthésique local. Cette action de la cocaïne sur les muqueuses fut vite appliquée à celle du larynx ; d'ailleurs les propriétés de la coca étaient déjà connues, et M. le Dr Gouguenheim (1) en avait soupçonné l'efficacité comme anesthésique de la muqueuse laryngée. La chirurgie endolaryngée profita largement de cette découverte : les opérations les plus longues et les plus délicates purent désormais s'accomplir dans le larynx, sans que le malade éprouvât la moindre douleur, et surtout, sans que par des mouvements spasmodiques il vint gêner la manœuvre du chirurgien déjà difficile en cette région profonde.

Lorsque Robert Koch, en 1882, eut, par la découverte du bacille qui porte son nom, montré que la tuberculose en général était une maladie « parasitaire, infectieuse et contagieuse », les idées régnantes subirent alors une modification profonde. Au lieu de croire avec Louis que la tuberculose d'un organe s'accompagnait toujours d'une phtisie pulmonaire, loi qui d'après cet auteur ne devait jamais souffrir d'exception, on en vint à admettre l'existence des tuberculoses locales, telles que celles du testicule, de l'œil, d'une articulation, etc. En effet, le bacille de Koch pénétrant dans l'organisme, par une voie quelconque, au lieu de se porter vers le poumon, peut migrer à travers les tissus, s'arrêter en un point où il se cultive, y former de véritables colonies, et donner lieu suivant le siège où il s'est fixé, au testicule tuberculeux, à la choréïdité de l'œil, à l'arthrite fongueuse du genou. Ne pouvait-il pas en être de même pour le larynx ? Pourquoi la localisation microbienne ne pourrait-elle se faire en ce point sans cesse exposé, comme elle se produit en toutes les autres régions

(1) GUGUENHEIM. Traitement local de la tuberculose laryngée. *Bulletin de thérapeutique*, mai 1884.

de l'organisme ? Situé à l'entrée des voies respiratoires, en contact permanent avec l'air extérieur chargé de germes infectieux, revêtu d'une muqueuse d'une exquise sensibilité, le larynx semble bien être un terrain particulièrement favorable à l'éclosion de la tuberculose primitive. D'ailleurs cette opinion est celle d'un grand nombre de laryngologistes, et malgré les négations de Mackensie, de Ziemssen, de Klebs, on trouve dans les travaux de Trousseau et Belloc, de Rühle, Schech, Valdemburg, Mandl, de nombreuses preuves de tuberculose primitive du larynx. D'autres auteurs, d'une compétence indiscutable, n'ont pas craint d'affirmer qu'il pouvait exister une phtisie laryngée primitivement locale : parmi eux se trouvent Progrebinski, Sonnenbourg, Orth, Fraenkel, etc.

Si donc, on considère la phtisie laryngée, comme une manifestation localisée de la tuberculose, il est permis d'avoir recours contre elle aux modes de traitement employés pour combattre les tuberculoses locales. Le professeur Verneuil a dit à ce sujet : « Les tuberculoses locales sont très fréquentes ; quand on les abandonne à la nature, celle-ci ne fait rien pour les guérir, la thérapeutique médicale n'est guère plus efficace. Alors tout naturellement on se trouve conduit à demander secours à la médecine opératoire ». Dans leur traité de thérapeutique chirurgicale, Forgue et Reclus insistent sur les avantages du traitement à l'aide du couteau ou de la curette dans les diverses tuberculoses locales. « La plaie opératoire se cicatrise d'ordinaire très vite. On a depuis longtemps insisté sur sa guérison rapide et sur la fréquence des réunions immédiates chez les tuberculeux, du moins lorsqu'on supprime tous les tissus malades. Même chez un phtisique pulmonaire l'intervention peut être utile : la plaie guérit bien, l'état général se relève, les lésions pulmonaires rétrogradent ou s'arrêtent, et le bénéfice est indiscutable. »

Transportées dans le domaine de la laryngologie, ces notions devaient facilement trouver une application utile. Le larynx, en effet, est parfois, comme nous venons de le dire, le siège d'une tuberculose initiale, qui se manifeste sous forme d'ulcérations, d'infiltrations, ou de masses végétantes ; grâce au laryngoscope, il est facilement accessible à la vue et aux instruments. Il est donc naturel que l'on ait songé à substituer au traitement purement médical des affections laryngées les méthodes nouvelles d'une thérapeutique active et agissante. Cepen-

dant, les trop nombreux insuccès qu'avaient donnés dans la phtisie laryngée les divers traitements médicaux, ainsi que l'idée préconçue que l'on se faisait de son incurabilité, avaient lassé les espérances et découragé les esprits. De plus, le précepte ancien « tout larynx tuberculeux ne doit pas être excité », et la crainte de donner une impulsion nouvelle aux lésions déjà existantes, devaient retenir les partisans d'une innovation dans le traitement de la laryngite tuberculeuse.

Mais la thérapeutique de la phtisie laryngée subit une transformation complète, lorsqu'en 1886, Heryng de Varsovie vint au congrès de Berlin, lire un mémoire sur un nouveau traitement de cette affection, basé sur les procédés chirurgicaux. Encouragé par la pratique de Krause et de Jellinek qui employaient l'acide lactique avec succès contre les ulcérations laryngées d'origine tuberculeuse, et confiant en la curabilité de ces lésions dont certaines pièces anatomiques lui en avaient montré l'authenticité, cet auteur imagina de gratter à l'aide d'une curette portée profondément dans le larynx, les ulcérations dues à la phtisie, d'y substituer ainsi une plaie simplement érosive, et de porter sur ces parties détergées une substance topique telle que l'acide lactique pour en hâter la cicatrisation. Cette méthode donna à Heryng dès le début des résultats encourageants : sur 12 cas de tuberculose laryngée, il put citer 8 guérisons complètes des ulcérations et 4 améliorations notables. Au même congrès de Berlin, Heryng présenta le larynx d'un malade qu'il avait traité trois mois auparavant à l'aide de la curette et de l'acide lactique, mais qui avait succombé aux progrès de la tuberculose pulmonaire : on pouvait facilement constater sur cette pièce anatomique la présence des cicatrices et la disparition complète des anciennes ulcérations.

Les idées nouvelles émises par Heryng firent rapidement leur chemin, et un certain nombre de laryngologistes se mirent à entreprendre la guérison de la tuberculose laryngée par la méthode chirurgicale. En 1887 Lennox Brown de Londres vint lire un travail au congrès de Washington sur le traitement de cette maladie. Admettant la tuberculose primitive du larynx, qui peut précéder de longtemps celle des poumons, ou même guérir avant que les poumons ne soient envahis, il se déclare partisan du traitement par le curettage et les applications d'acide lactique.

Au congrès de Wiesbaden, en 1889, Krause après avoir montré les

inconvenients de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée, énumère les avantages du curettage et lit une statistique très brillante de cas où ce traitement a donné d'excellents résultats.

En France, la méthode préconisée par Heryng fut rapidement adoptée par un grand nombre de laryngologistes : en 1889, Gouguenheim et Tissier dans leur traité de la phtisie laryngée exposent le traitement chirurgical de cette affection ; et, l'année suivante, Luc, au congrès de Berlin montrait que la tuberculose laryngée limitée à l'organe de la phonation, pouvait être considérée comme une tuberculose locale, et il citait des cas de guérison obtenue par le curettage et les pansements antiseptiques ; il insistait même sur ce point que la laryngite bacillaire devrait être plus souvent justiciable du traitement chirurgical, et que, si on voulait pratiquer la laryngofissure, la guérison cesserait d'être l'exception.

Gouguenheim et Glover publièrent en août 1890 un mémoire, dans les Annales des maladies du larynx, sur la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante, où ils décrivirent certaines formes de tuberculose dont les troubles fonctionnels pouvaient être combattus chirurgicalement par la voie endo-laryngée.

Mascarel, dans une thèse inspirée par M. Gouguenheim, sur le traitement chirurgical des végétations dans la laryngite tuberculeuse (1890) montra les avantages qu'on pouvait retirer des méthodes nouvelles d'intervention.

Au congrès de Berlin (1890) le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée fut une des questions à l'ordre du jour, et la majorité des laryngologistes se rangea à l'opinion de la curabilité des lésions bacillaires. Des preuves nombreuses de guérison au moyen du curettage et des pansements à l'acide lactique furent apportées par Scheinmann, Przedborski, Gleitsmann, Schmidst, Schnitzler, etc.

Schaeffer (1) de Brême, se déclare aussi dès 1890 partisan de la méthode de Heryng. Aux autres méthodes de destruction des granulations tuberculeuses, il préfère le curettage auquel il donne même la préférence sur le galvano-cautère. D'après lui, le curettage permet d'appliquer un caustique comme l'acide lactique sur une surface lisse et dépourvue de granulations de mauvaise nature, et il lui semble qu'il lui est plus facile d'enlever un polype du larynx, que

(1) SCHÆFFER. *Therapeut. Monatshefte*, n° 10 octobre 1890.

de détruire complètement par le curettage, un bourrelet de granulations tuberculeuses s'étendant au-dessous de la fente interaryténoïdienne.

Charters Symonds, dans un travail sur le traitement des affections tuberculeuses du larynx (1890) propose de détruire les lésions laryngées par les caustiques, ou de les enlever par le curettage ; à son avis, les méthodes endo-laryngées suffisent à enlever et à traiter la maladie dans la majorité des cas.

Didier, étudiant les troubles de la déglutition dans sa thèse sur la dysphagie dans la phtisie laryngée (thèse de Lyon, 1890) fait une large place au traitement chirurgical, qui a donné comme palliatif des troubles fonctionnels les meilleurs résultats.

Avellis, en 1891, dans un mémoire sur les tumeurs tuberculeuses du larynx, est d'avis qu'on doit les enlever par le traitement endo-laryngé ; cette extirpation a toujours donné un résultat satisfaisant, et on lui doit même des cas de guérison absolue.

Dans une thèse récente (1892) Kraus au sujet du traitement des rétrécissement tuberculeux du larynx, en arrive à cette conclusion qu'on doit rejeter l'intubation qui n'est d'aucune utilité, et l'ignipuncture qui donne rarement des résultats heureux, et qu'au contraire en extirpant par la voie endo-laryngée les masses tuberculeuses qui obstruent l'orifice de la glotte, on peut obtenir des succès beaucoup plus sérieux.

Mais les méthodes du traitement de la phtisie laryngée ne se sont pas arrêtées à l'extirpation des tissus malades par les voies naturelles : les progrès de l'antisepsie permettant de traiter les opérations sanglantes avec plus d'espoir de réussite, on s'est demandé s'il ne serait pas plus chirurgical de pratiquer l'ouverture du larynx au-devant du cou, d'y porter directement le regard et les instruments, et de faire ainsi par cette voie largement ouverte, le nettoyage de la cavité en détruisant complètement les foyers tuberculeux.

C'est ainsi que la laryngofissure autrefois employée comme seul traitement des polypes bénins, dont le volume empêchait l'extraction par la bouche, a pu à juste titre être conseillée, comme devant donner les meilleurs résultats, dans le traitement curatif de certaines formes de laryngite bacillaire.

Il en est de même de l'extirpation du larynx qui a été pratiquée

dans quelques cas rares de tuberculose primitive de l'organe. Il s'agissait alors d'erreurs de diagnostic, et on opérait croyant se trouver en présence d'un cancer de la cavité. Mais les résultats désastreux que cette opération a donnés doivent l'empêcher de prendre place au milieu des méthodes chirurgicales utiles dans le traitement de la phtisie laryngée.

Formes cliniques de la tuberculose laryngée étudiées surtout au point de vue opératoire.

Avant d'aborder l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, il est nécessaire de passer en revue les différentes formes cliniques que peut revêtir cette affection. Véritable Protée, elle ne se présente pas à nous sous un seul aspect : autant de malades, autant de lésions en apparence dissemblables. Les modalités anatomiques et cliniques en sont donc nombreuses ; depuis l'emploi du laryngoscope, et avec les progrès de l'histologie le cadre de cette maladie s'est élargi. Cependant nous ne voulons pas faire ici la description de toutes les formes sous lesquelles la tuberculose atteint le larynx ; nous n'aurons en vue que celles-là seulement qui sont justiciables d'une intervention, car le traitement opératoire ne saurait s'appliquer indistinctement à tous les cas. Un individu atteint de laryngite ulcéreuse ne réclame pas de la thérapeutique les mêmes soins, que celui dont le larynx est le siège d'une infiltration diffuse ou de masses végétantes. Décrivant seulement dans ce chapitre les principales manifestations de cette maladie, nous aurons surtout en vue les conséquences opératoires, qui pourront résulter de cette exposition clinique, de façon à montrer dans quels cas on peut intervenir chirurgicalement, et dans quels autres cas on doit s'en tenir à un traitement simplement médical.

Nous devons donc tout d'abord éliminer deux affections relevant de l'infection bacillaire, mais qui ne rentrent pas dans le plan chirurgical de cette thèse : nous voulons parler de la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée, et du lupus du larynx.

Dans la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée, maladie bien décrite par Isambert (1), le processus bacillaire atteint presque en même temps toute la surface des voies respiratoires ; le larynx comme

(1) ISAMBERT. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. I, 1875, p. 77.

l'arrière-bouche est tapissé d'un semis de fines granulations, isolées, grisâtres, parfois réunies en groupes confluents; ces granulations peuvent s'ulcérer, et les différentes parties où elles se sont déposées s'infiltrant et se déforment. Cette affection se développe en général dans le cours et sous l'influence de la granulie aiguë du poumon; cependant, Isambert cite le cas d'un enfant de quatre ans dont les poumons restèrent sains. Il est évident que, dans cette forme aiguë de tuberculisation laryngée, un traitement chirurgical n'aurait guère de raison d'être; on ne peut pas facilement avoir recours à une médication active en présence de cette terrible maladie, et comme le fait remarquer M. Barth (1) : « La médecine est impuissante à guérir ou « même à enrayer sérieusement la tuberculisation de cette région, et « la principale préoccupation du médecin placé en face de cette affection, doit être de ne pas nuire ». Toutefois, M. Gouguenheim a rapporté à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'une femme qui, atteinte de tuberculose pharyngo-laryngée à forme miliaire, sans altérations pulmonaires, guérit après l'excision de la luette suivie de pansements iodoformés.

L'autre affection que nous voulons écarter du sujet qui nous occupe, est le lupus du larynx qui se rapporte par plus d'un point à la tuberculose laryngée. Leur similitude histologique est hors de doute depuis les travaux de Friedländer, Virchow, Cornil, Leloir, etc., et elles se présentent dans certains cas avec un certain nombre de signes objectifs qui se rapprochent cliniquement. Mais, bien qu'on ait adopté (2) les procédés chirurgicaux, scarifications, galvano-caustique, curetage suivant la méthode d'Heryng pour s'opposer au développement des végétations lupiques, nous laisserons dès maintenant de côté tout ce qui a trait à cette maladie si intéressante.

Les différentes modalités cliniques de la tuberculose laryngée, étudiées surtout au point de vue opératoire, peuvent se diviser suivant leur fréquence, et donner lieu ainsi à trois grandes variétés :

1^o FORME COMMUNE, catarrhale, puis ulcéreuse, celle que l'on rencontre le plus habituellement, surtout dans le cours ou au déclin de la phtisie pulmonaire.

(1) BARTH. *Tuberculose du pharynx*. Thèse de Paris, 1880.

(2) MARTY. *Lupus du larynx*. Thèse de Paris, 1888.

2° FORMES MOINS COMMUNES, où le poumon est peu ou pas atteint, se subdivisant à leur tour en :

A. *Type avec infiltration dominante*, caractérisé par le gonflement œdémateux (pseudo-œdème tuberculeux) des différentes parties du larynx et donnant lieu suivant son siège à l'aryténo-épiglottite, ou à l'aryténoïdite seule.

B. *Type scléro-végétant*. — C'est ce qu'on est convenu d'appeler la pachydermie interaryténoïdienne, terme dérivé de la pachydermie simple de Virchow, qui ne s'applique nullement au processus tuberculeux.

3° FORMES EXCEPTIONNELLES dans lesquelles les poumons peuvent rester sains et la santé générale intacte pendant un temps indéterminé. On les divise en :

A. *Type papillomateux* correspondant à la forme pseudo-polypeuse de Gouguenheim.

B. *Type pseudo-polypeux* d'Avellis. Dans cette dernière forme qui doit être différenciée de la précédente, au point de vue des conséquences thérapeutiques, il ne s'agit pas d'infiltrations diffuses ou végétantes, papillomateuses, greffées sur une lésion tuberculeuse, mais de véritables tumeurs tuberculeuses, non confluentes, se trouvant généralement isolées en un point des cordes vocales. Ces tumeurs offrent le véritable aspect d'un polype, d'un fibrome, et elles se développent le plus souvent chez un sujet sain d'apparence, ne présentant de différence avec les tumeurs bénignes qu'au point de vue histologique qui les montre comme uniquement constituées par du tissu tuberculeux.

D'ailleurs c'est seulement par l'examen au microscope qu'on peut arriver à faire le diagnostic de la nature de ces formes exceptionnelles.

I. — FORME COMMUNE DE TUBERCULOSE DU LARYNX. PHTISIE LARYNGÉE VULGAIRE, ULCÉREUSE

Parmi les individus atteints de tuberculose pulmonaire un grand nombre peut présenter à une période indéterminée de la maladie des troubles du côté du larynx. C'est ainsi que Heinze a observé à l'institut pathologique de Leipsig pendant une période de neuf ans,

sur 1226 cas de phtisie pulmonaire, 376 cas d'ulcérations laryngées, soit une moyenne de 30,6 pour 100. Morel Mackenzie sur 100 cas de phtisie pulmonaire au premier et au deuxième degré a constaté 33 cas de phtisie laryngée. D'après Schäffer, la proportion est plus grande encore, et il pense que le larynx d'un phtisique est rarement normal. Quoi d'étonnant, en effet, à ce que chez un individu porteur de lésions pulmonaires avancées, le larynx, organe délicat, ne tarde pas à être envahi à son tour, alors que le processus microbien a déjà fait de profonds ravages ? Comme Louis l'a montré, chez un tuberculeux avancé, les sécrétions des cavernes arrivant sur le larynx, y déterminent une inflammation qui donne lieu ensuite aux ulcérations caractéristiques de la maladie. Klebs mettant à profit la découverte du bacille de Koch, a admis que les crachats riches en microbes spécifiques, venaient infecter secondairement la muqueuse laryngée et y former des foyers tuberculeux. Grancher et Hutinel se sont inspirés des mêmes idées, en disant : « C'est par le fait d'une véritable inoculation que le larynx devient malade chez la plupart des « poitrinaires. Les crachats virulents qui le traversent, trouvent à « son niveau une surface anfractueuse, irrégulière, et s'y arrêtent. « Les bacilles dont ils sont chargés se greffent sur la muqueuse et y « font apparaître des lésions spécifiques ». Cependant cette infection bacillaire du larynx ne se fait pas toujours par les crachats venant du poumon, puisque Heinze a prouvé que les follicules tuberculeux pouvaient se développer dans la profondeur des tissus laryngiens, alors que la muqueuse était encore saine en apparence.

La forme banale de tuberculose laryngée qui nous occupe ici, est celle qu'on est appelé à rencontrer le plus souvent. Il s'agit ordinairement d'un malade, toussant depuis longtemps, amaigri, arrivé à une période avancée de son affection pulmonaire. Jusqu'à ce moment l'organe de la phonation est resté intact, mais il finit par s'altérer, et la voix d'abord légèrement voilée, devient peu à peu enrouée et rauque. Parfois chez des phtisiques avancés chez lesquels rien ne faisait prévoir de complications laryngées, une aphonie complète peut se déclarer en quelques jours. Les troubles respiratoires sont assez marqués, mais les accès d'oppression sont surtout liés aux altérations du parenchyme pulmonaire. Les ulcérations de la muqueuse produisent au moment de la déglutition des aliments et de la salive une douleur

parfois intolérable. La toux est fréquente, saccadée, quinteuse ; elle s'accompagne d'une expectoration abondante, sans caractère spécial. L'état général du malade est en rapport avec les lésions du poumon. La difficulté de l'alimentation, la fièvre due à l'infection bacillaire amènent rapidement un affaiblissement marqué des forces de l'organisme.

Si, à l'aide du miroir, on examine alors le larynx du malade, on se trouve en présence de lésions variables suivant l'époque du début de la maladie. Parfois chez un poitrinaire avancé, on ne pourra constater que des altérations d'une apparence bénigne. Le voile du palais frappe d'abord par sa pâleur, sa décoloration anormale ; l'épiglotte est saine ou seulement un peu rouge, légèrement vascularisée ; les aryénoïdes ont conservé leur volume et leur mobilité. Seules les cordes vocales ont perdu leur couleur d'un blanc nacré : rouges, un peu épaissies, elles présentent seulement les caractères de la laryngite catarrhale, s'accompagnant de troubles phonatoires de peu d'importance.

S'agit-il là d'une simple altération inflammatoire, non bacillaire, telle qu'on en rencontre dans le cours de toutes les affections chroniques de la gorge ? En un mot, est-ce une laryngite non tuberculeuse se déclarant chez un tuberculeux ? Cette opinion soutenue par Heinze est combattue par la plupart des auteurs qui admettent que toute altération inflammatoire survenant du côté du larynx chez un phthisique pulmonaire, reconnaît pour cause le processus microbien. Mais cette laryngite catarrhale n'est ordinairement que le premier stade de l'invasion tuberculeuse du larynx. A cette rougeur succèdent bientôt des ulcérations qui peuvent siéger en un point quelconque de l'organe de la voix.

A l'épiglotte, les ulcérations ne se trouvent qu'à la surface qui regarde le larynx : superficielles et disséminées, elles s'étendent dans le sens longitudinal, et présentent un fond pâle, recouvert de mucosités blanchâtres, purulentes ; les bords sont minces, réguliers, de coloration foncée. D'autres fois l'ulcération plus étendue, gagne la face linguale de l'opercule qui est alors épaissie et infiltrée ; dans certains cas plus graves, l'épiglotte très infiltrée présente des ulcérations profondes à bords plats ou décollés, de forme irrégulière. Plus rarement elles sont petites mais profondes, remplies de pus, décrites par Ziemssen sous le nom d'ulcérations folliculaires.

Au niveau des ligaments aryténo-épiglottiques, situées plus superficiellement, elles s'étendent dans le sens de la longueur et présentent une coloration rose grisâtre avec un fond finement granulé. Leur apparition est rapide, mais elles cèdent facilement au traitement pour récidiver ensuite avec facilité.

A la région aryténoïdienne, on les voit se développer surtout au niveau des cartilages de Santorini ; peu développées en surface, elles ont une tendance très marquée à se porter vers la profondeur, en mettant à nu les cartilages ; à la base des aryténoïdes, elles sont profondes, très irrégulières, recouvertes d'un exsudat purulent, et dans l'espace interaryténoïdien, on les trouve souvent recouvertes de petites végétations qui leur donnent l'aspect papillomateux. Les bandes ventriculaires gonflées, sont profondément ulcérées ; la perte de substance s'étend en longueur recouverte d'une sorte de matière blanchâtre, formée par la suppuration et les crachats desséchés.

C'est aux cordes vocales inférieures que les ulcérations ont le caractère le plus particulier : développées surtout au niveau des processus vocaux, elles sont, tantôt petites, perpendiculaires à la corde, formant des stries, des fissures profondes, tantôt au contraire allongées, suivant le bord de la muqueuse, et séparant la corde en plusieurs segments ; la division est dans certains cas assez tranchée pour que la corde détachée flotte librement au milieu de l'orifice glottique.

Mais souvent ces ulcérations ne siègent pas sur une muqueuse normale, et les tissus profonds envahis par le processus tuberculeux s'infiltrant et s'altèrent à leur tour. Dans les pages suivantes nous décrirons cette forme infiltrée avec ses indications thérapeutiques.

Quant à la phtisie laryngée ulcéreuse, elle ne relève guère du traitement chirurgical à proprement parler : c'est surtout sur elle que les soins purement médicaux, pansements et cautérisations auront une heureuse influence, en modifiant la surface de l'ulcération, et en amenant la cicatrisation.

Pendant cette forme de laryngite tuberculeuse est celle qu'on rencontre le plus souvent en dehors des cliniques laryngologiques : chez elle la tuberculose pulmonaire est au premier plan, attirant surtout l'attention du malade et du médecin par ses symptômes dominants. Aussi dans les services de médecine d'hôpital ces malades sont-ils nombreux. Leurs lésions laryngées passent inaperçues ou sont

négligées : les gargarismes au chlorate de potasse et au miel rosat constituent souvent la seule médication que l'on oppose à ces troubles particuliers du larynx.

II. — FORMES MOINS COMMUNES DE PHTISIE LARYNGÉE OU LE POUMON EST PEU OU PAS ATTEINT

Nous allons maintenant passer à l'étude de variétés moins fréquentes de phtisie laryngée : l'une, caractérisée par l'infiltration des tissus, pouvant donner lieu, suivant le siège du follicule tuberculeux, à l'aryténo-épiglottite, ou à l'aryténoïdite ; l'autre, constituée par une hyperplasie des tissus mous de la partie postérieure du larynx, sans tendance ulcéralive, est nommée pachydermie tuberculeuse interaryténoïdienne, ou type scléro-végétant.

Ces variétés ne diffèrent en rien des autres formes de phtisie laryngée : comme elles, elles reconnaissent comme origine le bacille de Koch. Mais dans leur évolution clinique, elles présentent ceci de particulier que chez le malade qui en est atteint, les poumons peuvent ne présenter que des altérations légères, ou être absolument indemnes. Ce n'est plus ici le tableau du vieux phtisique, arrivé à une période extrême de la maladie, amaigri par de longues souffrances : au contraire, il s'agit le plus souvent d'un individu dont l'état général est satisfaisant en apparence, qui n'est malade que depuis peu de temps, toussant légèrement et ayant peu maigri, mais dont les troubles survenus rapidement, du côté de la respiration et de la voix, ont attiré l'attention ; ces symptômes graves augmentant brusquement d'intensité ne tardent pas à nécessiter les secours de la thérapeutique.

A. — **Type avec infiltration dominante.** — La forme de tuberculose qui se caractérise par une infiltration des tissus, est une des plus importantes au point de vue clinique et thérapeutique. Tout en amenant le gonflement des différentes parties du larynx, la bacillose détermine dans la profondeur des modifications pathologiques, telles que l'œdème, la destruction des cartilages, les périchondrites, origine de troubles physiologiques d'une extrême gravité, qui, par l'obstruction mécanique des voies respiratoires, constituent un danger redou-

table pour l'existence du malade. L'infiltration tuberculeuse peut atteindre toutes les parties du larynx, mais elle se localise souvent en des régions déterminées, donnant ainsi à la maladie un aspect spécial. C'est ainsi que de préférence elle peut ainsi atteindre l'épiglotte et les aryténoïdes tout à la fois pour donner l'aryténo-épiglottite, ou simplement se restreindre à ces derniers pour devenir l'aryténoïdite. D'après Morel Mackenzie, ces altérations sont fréquentes, et sur 100 autopsies de phthisie laryngée, on a trouvé 71 cas d'œdème circonscrit ou généralisé. Pour Gouguenheim et Tissier plus d'un tiers des malades présente une infiltration de même nature. A l'avis de Heinze la proportion est plus grande encore, et plus de la moitié des malades en seraient atteints.

Il est assez difficile d'expliquer la raison pour laquelle l'infiltration se localise à une partie déterminée du larynx. Comment, en effet, se rendre compte de la prédominance des lésions de l'épiglotte et des aryténoïdes ? La grande mobilité de ces cartilages pendant la phonation et la respiration, le frottement dû aux aliments solides qui descendent dans l'œsophage au moment où la déglutition se fait, la laxité très marquée de la muqueuse à la partie antérieure de l'opercule et à la face postérieure des aryténoïdes, sont autant de motifs qu'on pourrait invoquer en faveur de la fréquence du gonflement de ces régions.

Le début de la forme infiltrée se localisant à l'épiglotte ou aux aryténoïdes est en général remarquable par la bénignité relative des signes généraux. Le malade dont l'appareil pulmonaire est sain ou peu atteint, présente souvent un état général assez bon ; les forces sont conservées, l'amaigrissement peu ou pas sensible. Les troubles de la phonation sont les premiers signes qui attirent l'attention : à la suite d'un léger refroidissement la voix s'est couverte ; l'enrouement d'abord fugace se manifeste surtout à la fin de la journée ; à l'altération vocale succède bientôt une dysphonie prononcée. En même temps le malade s'aperçoit que, pour avaler, il éprouve une certaine difficulté ; l'appétit est cependant souvent conservé, mais la déglutition des solides se faisant avec peine entrave l'alimentation. La dysphagie augmente souvent au point que la salive elle-même ne peut être avalée sans peine, et, chez certains malades, c'est surtout pendant la nuit que cette douleur s'accroît. La respiration, facile au début, commence à devenir plus pénible ; c'est d'abord à la suite d'une fatigue un peu

prolongée, d'un effort pour porter un fardeau ou monter un escalier que cette gêne se produit. Plus tard de véritables accès de suffocation peuvent se manifester; mais alors les signes d'infiltration laryngée sont déjà bien nets et ont pu être reconnus. En général, quand le malade se présente à la consultation, c'est seulement pour les troubles vocaux dont il est atteint, qu'il vient demander des soins médicaux, et à l'examen laryngoscopique on est frappé des lésions avancées du larynx qui semblent peu en rapport avec l'intégrité apparente de la santé.

Nous avons dit que l'infiltration tuberculeuse affectait deux sièges principaux, l'aryténoïde et l'épiglotte : nous allons donc décrire successivement les deux formes qu'elle présente.

1° ARYTÉNO-ÉPIGLOTTITE. — L'épiglotte envahie par le processus tuberculeux, l'est rarement seule; son gonflement coïncide le plus ordinairement avec celui des aryténoïdes. Au lieu d'avoir son aspect mince et tranchant, l'opercule est considérablement augmenté de volume au point d'avoir souvent une épaisseur cinq à six fois plus grande qu'à l'état normal. L'infiltration peut être telle que l'épiglotte tombante masque complètement l'entrée de la glotte et rende ainsi très difficile l'examen laryngoscopique. Ses bords peuvent s'épaissir et elle s'enroule sur elle-même pour constituer un véritable cylindre transversal; dans d'autres cas, sa déformation est assez prononcée pour qu'elle prenne l'aspect d'un véritable turban (Morel Mackenzie); enfin, se repliant sur elle-même, elle arrive à ressembler au museau de tanche utérin. Sa couleur est d'un rouge sombre, et sa surface lisse, enduite d'un mucus blanchâtre ou encore recouverte de petites ulcérations superficielles et disséminées.

Les aryténoïdes, d'une couleur moins prononcée que celle de l'épiglotte, mais plutôt d'un gris foncé, ayant aussi parfois la transparence de l'œdème, sont augmentés plusieurs fois de volume, et présentent l'aspect de deux petites tumeurs séparées par un sillon médian; le gonflement se continue sur les côtés, le long des ligaments aryténo-épiglottiques, pour se continuer jusqu'à l'opercule : ces ligaments forment deux véritables bourrelets qui sont souvent le premier signe de l'infiltration; placés d'avant en arrière dans le larynx, ils se terminent du côté de l'aryténoïde en forme de massue dans laquelle disparaît la saillie normale des cartilages de Wrisberg et de Santo-

rini. Le gonflement est tel, en général, qu'il est impossible d'apercevoir à l'aide d'un miroir l'intérieur du larynx. Les bandes ventriculaires, difficilement accessibles, se montrent sous forme de bourrelets épaissis, sous lesquels se trouvent les vraies cordes plus ou moins altérées. Dans certains cas, on a noté une infiltration des tissus, limitée à une moitié du larynx. C'est ainsi que dans une observation rapportée par Moure de Bordeaux, on pouvait voir à l'examen laryngoscopique un gonflement marqué de la moitié droite de l'épiglotte et de l'aryténoïde, tandis que le côté opposé semblait ne pas offrir à la vue la moindre altération.

2° ARYTÉNOÏDITE. — Dans cette forme de bacilliose laryngée, l'infiltration s'est limitée aux aryténoïdes, se propageant seulement un peu vers les ligaments aryténo-épiglottiques. L'épiglotte est indemne, ayant conservé son épaisseur et sa configuration habituelles ; une légère rougeur, une certaine vascularisation sur ses deux faces, voilà toute son altération. Les aryténoïdes, au contraire, ont une couleur rougeâtre ou grisâtre ; leur tuméfaction peut être énorme, leur donnant l'apparence de deux grosses cerises séparées par un sillon profond ; d'autres fois leur forme s'allonge et se termine en pointe vers l'épiglotte. Leur mobilité est le plus souvent perdue, et au moment de la phonation, il leur est impossible de se rapprocher et d'exécuter ainsi leurs mouvements physiologiques ; dans quelques cas, ils viennent chevaucher l'un sur l'autre, donnant ainsi au larynx un aspect asymétrique.

Les formes graves d'aryténoïdite s'accompagnent ordinairement d'une altération profonde qui est la périchondrite. Dans le cours de la phtisie laryngée les cartilages et leur enveloppe se trouvent fréquemment atteints ; sous l'influence d'une ulcération qui a creusé dans la profondeur, une infection secondaire se produit, le périchondre s'enflamme ; au-dessous de lui se collecte un foyer purulent qui isole le cartilage ; celui-ci, privé de ses vaisseaux nourriciers, se nécrose et devient un véritable corps étranger qui, parfois, comme Ziemssen et Gouguenheim en ont rapporté des exemples, peut s'éliminer par une fistule et amener ainsi une guérison spontanée. Ce n'est pas toujours du fait d'une ulcération que se manifeste la périchondrite : la lésion du cartilage peut être primitive, un noyau tuberculeux se développant en un point de sa substance. On voit alors au laryngoscope les aryté-

noïdes très tuméfiés ; la muqueuse est rouge, épaissie, faisant saillie à l'intérieur ou en arrière du larynx ; suivant le point où l'abcès a tendance à se porter. Si la tuméfaction proémine vers le larynx, elle amène rapidement une diminution de la lumière du conduit respiratoire se traduisant par une dyspnée intense ; si elle se produit du côté de l'œsophage, une violente dysphagie sera le symptôme dominant de cette complication. Les troubles de la voix sont aussi très accentués, car la corde vocale du côté malade est complètement immobilisée, le cartilage ne jouissant plus de ses mouvements articulaires. Cette ankylose des aryténoïdes peut être due à plusieurs causes, soit au gonflement ou pseudo-œdème périarticulaire qui gêne le jeu du cartilage, soit à une véritable arthrite crico-aryténoïdienne d'origine tuberculeuse.

La constitution histologique de ces infiltrations laryngées a donné lieu à plus d'une interprétation. La théorie de Sestier qui voulait faire de toutes ces lésions survenant chez un phthisique, un simple épanchement de liquide séreux dans les mailles du tissu sous-muqueux, a été battue en brèche par des travaux modernes d'un très grand intérêt ; ils ont prouvé que cette infiltration des tissus n'avait d'autre cause que le développement du follicule tuberculeux, et que le mot œdème devait seulement s'appliquer à des troubles aigus ou chroniques d'origine variable, où la tuberculose ne jouait aucun rôle. Dans un travail paru dans les *Archives de physiologie*, M. Doléris (1) a attiré l'attention sur ces faits ; il a montré dans une excellente étude anatomo-pathologique que le gonflement de la muqueuse laryngée survenant dans le cours de la tuberculose devait être considéré d'une façon tout autre qu'on l'avait fait jusqu'alors, et que le véritable œdème de Sestier ne pouvait se produire que dans des cas très rares, déterminé alors par des foyers inflammatoires voisins, ou des fusées purulentes dues à l'ouverture d'abcès des cartilages ou du périchondre. Par des examens histologiques probants, il fit voir, que dans les cas où il considérait la muqueuse comme atteinte d'hypertrophie simple, il s'agissait de véritables lésions tuberculeuses qui évoluaient dans la profondeur des tissus. En 1882, MM. Gouguenheim et Balzer, dans un travail publié en commun, étudièrent la même question et arrivèrent

(1) DOLÉRIS. Recherches sur la tuberculose du larynx. *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1877.

aux conclusions suivantes : « 1° L'infiltration tuberculeuse constitue
« à elle seule presque tout le tissu pathologique ; 2° l'œdème ne joue
« qu'un rôle absolument insignifiant et tout à fait accessoire dans la
« formation de ces masses néoplasiques, et là même où on constate
« les caractères d'un processus pouvant peut-être se rapporter à
« l'œdème, il se trouve intimement associé au processus tuberculeux.
« L'infiltration séreuse ne trouve pour ainsi dire pas de place dans
« ces tissus lardacés et solides qui se sont substitués à la trame con-
« jonctivo-élastique normale de la muqueuse laryngienne ». Plus tard,
repreuant la question au Congrès de Copenhague, M. Gouguenheim (1) a réformé, en s'appuyant sur les données de la clinique et de l'expérimentation, toute la partie symptomatologique que Sestier avait décrite, en ce qui concerne l'œdème laryngé dans le cours de la tuberculose. D'après lui, la dyspnée n'est pas un signe de la tuméfaction, mais elle est plutôt sous la dépendance d'un spasme glottique ou d'une paralysie des dilatateurs de la glotte; quant à la dysphagie c'est un signe important qui permet de soupçonner et de reconnaître l'existence d'une infiltration. C'est surtout au point de vue qui nous occupe dans cette thèse que cette nouvelle conception de l'œdème dans la tuberculose du larynx a une importance capitale : ce n'est pas, en effet, dans les scarifications ni dans les incisions qu'il faudra chercher le remède, et espérer amener ainsi le dégonflement des tissus par l'issue d'un liquide, puisqu'il n'existe pas de sérosité, mais un véritable dépôt solide de follicules tuberculeux; c'est ici que la méthode chirurgicale, comme nous le verrons plus tard, trouvera ses véritables indications, car elle permettra par l'extirpation des masses infiltrées de combattre les deux symptômes les plus sérieux de cette affection, la dyspnée et la dysphagie.

B. — Type scléro-végétant. — Pachydermie tuberculeuse interaryténoïdienne. — Nous arrivons ici à une variété assez commune de laryngite bacillaire, caractérisée par un épaississement des tissus de la région aryténoïdienne et à laquelle on a donné le nom de pachydermie tuberculeuse. Cette forme morbide se rattache à un état

(1) GOUGUENHEIM. Œdème laryngien dans la tuberculose du larynx. *Congrès de Copenhague*, 1884.

particulier de la muqueuse du larynx, dont Virchow (1) le premier a donné la description dans une communication faite à la Société de médecine de Berlin en juillet 1887.

D'après Virchow, au niveau de la région aryténoïdienne, des cordes vocales inférieures, et de leurs apophyses vocales où l'épithélium de la muqueuse n'est plus cylindrique à cils vibratils, mais au contraire pavimenteux, il peut se faire une hyperplasie des tissus portant sur l'épithélium et le chorion muqueux qui se transforme en un tissu dermo-papillaire.

Virchow a distingué deux manières d'être dans ce processus : l'une diffuse, ordinairement lisse, surtout marquée par le gonflement de la muqueuse, l'autre limitée à de petits espaces, et caractérisée par de légères élévations verruqueuses. Ces modifications histologiques ne sont autre chose que ce qui a été décrit par Forster, sous le nom de métamorphose dermoïde de la muqueuse, et qui n'est simplement que l'exagération de l'état normal dans la constitution de la muqueuse. Ce processus pachydermique n'est en général qu'une lésion banale, et, comme le dit Tissier (2) dans un mémoire sur les laryngites chroniques : « ni au point de vue anatomo-pathologique, ni au point de vue « symptomatique, la pachydermie laryngée ne mérite une place à « part parmi les affections du larynx ». Mais, si la pachydermie ne représente aucune entité morbide, elle se manifeste dans un grand nombre de maladies de la gorge, telles que la tuberculose, la syphilis, les laryngites chroniques, etc. Dans la tuberculose laryngée en particulier, cet aspect pachydermique de la muqueuse aryténoïdienne est fréquent, au point qu'on a pu en faire une modalité clinique qui est la pachydermie tuberculeuse. D'ailleurs, les examens histologiques ont montré que, sous cet état particulier de la muqueuse se cachait un tissu nettement constitué par le follicule tuberculeux avec ses cellules géantes et ses bacilles de Koch.

La forme pachydermique de la tuberculose laryngée n'est pas très rare. C'est à l'âge moyen de la vie qu'elle se développe, de 20 à 30 ans en général.

Parmi les cas que nous avons observés, les femmes étaient plus souvent atteintes que les hommes, quoique le sexe féminin soit moins

(1) VIRCHOW. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1887, n° 32.

(2) TISSIER. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.

exposé aux causes occasionnelles qui peuvent avoir une influence sur le développement de l'affection.

Les causes déterminantes sont d'ordre banal ; le refroidissement, le passage d'un endroit chaud dans un milieu froid ou humide, la fatigue exagérée de la voix sont autant de raisons à invoquer. Mais c'est ordinairement à la suite d'une bronchite légère, d'une grippe, alors que les voies respiratoires ont subi une première atteinte que la maladie se déclare. Les troubles vocaux sont d'habitude les premiers en date ; au début, le malade ne se plaint que d'un léger enrouement ; à la suite d'une fatigue un peu prolongée, la parole perd la pureté de son timbre ; c'est le soir que l'enrouement est d'abord plus marqué, alors que le matin la voix est à peu près normale ; à cet enrouement succède bientôt une véritable dysphonie qui peut rapidement se changer en une aphonie complète. C'est à ce moment que le malade gêné par la perte de sa voix, se présente devant le médecin. L'aspect général de l'individu atteint de pachydermie laryngée tuberculeuse, est le plus souvent assez satisfaisant ; la santé paraît conservée, et l'examen au laryngoscope permet seul de reconnaître la nature spéciale de l'affection. Les poumons sont souvent atteints, mais les lésions sont limitées au sommet avec quelques signes légers d'infiltration, un peu de matité avec quelques craquements secs ou des râles sous-crépitaux fins. Dans la plupart des cas que nous avons observés, la tuberculose pulmonaire était évidente, et la présence du bacille de Koch avait été constatée dans l'expectoration.

L'altération de la voix qui constitue le symptôme dominant de la maladie, s'accompagne ordinairement de troubles du côté de la respiration, qui devient courte, gênée, avec des accès de suffocation dans certains cas. La dysphagie est encore un signe d'une importance assez grande. Moins marquée que dans la forme infiltrée, où le malade ne peut plus guère avaler d'aliments solides, la difficulté dans la déglutition se manifeste à une période peu avancée.

La marche de la maladie est remarquable par la lenteur de son évolution ; alors que dans la forme infiltrée, les accidents se déroulent avec une grande rapidité, amenant le malade à un état de cachexie profonde, puis à la mort, la pachydermie tuberculeuse, au contraire, a un développement tout différent ; pendant un an, deux ans, plusieurs années même, elle peut rester stationnaire : la dysphonie seule s'ac-

centue, et les troubles respiratoires deviennent plus marqués. Ne perdant pas ses forces, le malade peut vaquer à ses occupations habituelles, et se livrer parfois à des travaux fort pénibles. Mais peu à peu les lésions font des progrès ; la toux devient plus fréquente et plus pénible, l'expectoration augmente d'abondance ; le soir de légers accès de fièvre se déclarent ; les forces s'altèrent, l'amaigrissement devient rapide, et la phtisie pulmonaire apparaît avec tout son cortège de symptômes menaçants.

Si on examine au laryngoscope un malade atteint de pachydermie bacillaire, on aperçoit facilement les lésions macroscopiques qui ont fait donner son nom à cette affection. Le voile du palais, les piliers, l'épiglotte ne présentent pas trace d'altération ; on remarque seulement à la partie postérieure du larynx un épaississement de la muqueuse au niveau de la région intéryténoidienne. Cette muqueuse hyperplasiée a une coloration rouge grisâtre ; au lieu d'être lisse, elle est plissée, et cette déformation se produit surtout au moment de la phonation quand les cordes vocales se rapprochent ; les aryténoïdes ont conservé leur volume et leur mobilité ils paraissent seulement hypertrophiés en raison du développement de la muqueuse à leur niveau.

Entre ces cartilages se voient souvent de petites végétations grisâtres, verruqueuses, faisant saillie à la surface et proéminent vers l'orifice glottique ; au milieu de ces végétations existent souvent des fissures, des sortes de rhagades, donnant lieu à de véritables ulcérations, qui, d'après Hünermann (1), se produisent par simple desquamation des cellules épithéliales ; elles sont simplement érosives et présentent un caractère inflammatoire de bonne nature ; malgré cela, il peut arriver qu'elles pénètrent dans la profondeur et amènent par infection secondaire de véritables altérations chondritiques et cartilagineuses.

Les cordes vocales sont rouges, gonflées, mobiles, souvent recouvertes d'un enduit blanchâtre, muqueux, dû à la chute de l'épithélium. Dans la pachydermie tuberculeuse on rencontre assez rarement un aspect particulier des cordes vocales décrit par Virchow et ainsi constitué : de chaque côté, au niveau des processus vocaux, en des

(1) HUENERMANN. *Sur la pachydermie et la formation des ulcérations sur les cordes vocales*. Dissertation inaugurale, Berlin, 1881.

points non symétriques existe un petit bourrelet parallèle au bord libre de la corde et s'étendant sur une longueur de 5-8 millim. et une largeur de 3-4 millim.; ces saillies sont creusées en cupules, et pendant la phonation elles viennent s'emboîter.

Parfois les cordes vocales sont fortement épaissies, et au lieu d'avoir une coloration foncée rouge, elles offrent une teinte d'un rose pâle; sur toute leur surface la muqueuse présente des mamelons sessiles, des verrucosités irrégulières, faisant saillie dans la glotte, et s'opposant au rapprochement des bords des rubans vocaux.

Chez les malades que nous avons observés, ces saillies de la muqueuse interaryténoïdienne étaient constituées par un dépôt sous-muqueux de follicules tuberculeux. Cependant il peut arriver que chez des individus atteints de tuberculose pulmonaire avérée, ces végétations pré-aryténoïdiennes ne présentent pas histologiquement la structure des tissus altérés par la présence du bacille de Koch. Luc (1), dans un travail sur la nature des végétations aryténoïdiennes chez les phthisiques, émet l'opinion que, dans plus d'un cas, ces hyperplasies végétantes ne relèvent pas de l'infiltration tuberculeuse, mais sont constituées simplement par du tissu fibreux de nouvelle formation. Il en déduit cette conclusion qu'en présence de ces masses végétantes, dures, extraites du larynx de malades étouffants, et qu'une opération ramenait à la santé, il ne faut pas toujours croire à la guérison de la phthisie laryngée, car dans ces cas particuliers, les lésions ne sont constituées que par un développement anormal du tissu fibreux.

Cependant, chez les malades que nous avons suivis, et qui, à la suite d'une intervention chirurgicale, telle que le curettage du larynx, se trouvaient guéris ou du moins très améliorés, l'existence de lésions bacillaires à la région aryténoïdienne était hors de doute: indépendamment du bacille de Koch dont la présence était manifeste dans les crachats, il a été permis, en effet, de constater au microscope le dépôt dans la sous-muqueuse de foyers tuberculeux caractérisés par les follicules et les cellules géantes.

(1) LUC. De l'hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée. *Archives de laryngologie*, 1889.

III. — FORMES EXCEPTIONNELLES DE TUBERCULOSE LARYNGÉE

La laryngite tuberculeuse dont les manifestations sont si nombreuses, ne se présente pas seulement à l'état d'infiltrations diffuses ou de lésions ulcéreuses, déterminant ainsi de graves altérations dans la structure délicate de l'organe de la voix ; elle peut aussi se produire sous l'aspect de véritables tumeurs végétantes, n'ayant en rien les apparences d'une affection sérieuse, et se rapprochant plutôt de ces végétations de nature bénigne dont le larynx est si souvent le siège.

Ces formes exceptionnelles de bacillose laryngée peuvent revêtir deux types distincts : l'un, le type papillomateux, décrit par Gouguenheim et Tissier sous le nom de laryngite pseudo-polypeuse ; l'autre, créé par Avellis de Francfort, qui a réuni un certain nombre de cas où de petites productions néoformées au niveau de la glotte, et ayant évolué comme de véritables polypes, n'étaient autre chose que de véritables tumeurs tuberculeuses.

A. — Type papillomateux. — Laryngite pseudo-polypeuse de Gouguenheim et Tissier. — L'apparition de petites végétations d'aspect polypeux dans le larynx d'un individu qui paraît bien portant, n'est pas toujours l'indice d'une tumeur de bonne nature, car la tuberculose peut envahir cet organe, se manifestant sous cette forme particulière. Quoiqu'elle ait pu être soupçonnée par plusieurs auteurs, la connaissance de cette laryngite bacillaire ne remonte qu'à quelques années.

C'est ainsi qu'Isambert (1) ayant rencontré chez un individu âgé une saillie végétante d'une fausse corde vocale, proéminent dans le larynx, et après s'être arrêté un instant à l'idée d'un cancer, crut qu'il s'agissait plutôt d'un dépôt de matière tuberculeuse, en raison des altérations pulmonaires qui dominaient l'état général.

Andral (2) dans ses Cliniques rapporte qu'il a vu au niveau des cordes vocales dans le larynx de phtisiques, une tumeur rougeâtre, molle, pédiculée.

Mandl (3), dans son ouvrage sur les maladies du larynx, décrit une

(1) ISAMBERT. *Annales des maladies de l'oreille*, II, p. 175.

(2) ANDRAL. *Cliniques*.

(3) MANDL. *Traité des maladies du larynx*.

variété de phtisie laryngée, qu'il appelle primitive, où le larynx, avant que les lésions pulmonaires se soient établies, peut être rempli de petites végétations mamelonnées, blanchâtres, irrégulières.

C'est Ariza (1), laryngologiste espagnol, qui donna le premier une description anatomique et clinique de la maladie, en insistant sur sa nature tuberculeuse.

Plus tard, John Noland Mackenzie, Schnitzler, Percy Kidd ont communiqué les observations de malades présentant des altérations de même nature.

En 1889, M. Gouguenheim (2), au congrès de laryngologie, fit la lecture d'un mémoire intéressant sur la coïncidence dans le larynx du papillome et de la tuberculose. Il ne s'agit plus alors de ces tumeurs dont parle Ariza, sortes de productions végétantes, rondes, pâles, recouvertes d'épithélium, mais de véritables papillomes, tels que celui dont M. Lermoyez (3) a publié le cas, et qui formait une tumeur volumineuse, présentant l'aspect d'un véritable chou-fleur; développée chez un tuberculeux pulmonaire, elle siégeait à la partie antérieure des cordes vocales; des accidents de suffocation apparurent qui nécessitèrent la trachéotomie.

Dans leur traité, MM. Gouguenheim et Tissier font une description complète de ces altérations du larynx, qu'ils décrivent sous le nom de phtisie laryngée à forme pseudo-polypeuse. Ils rapportent l'observation particulièrement intéressante d'une malade qui présentait des tumeurs papillomateuses, siégeant à l'angle de l'épiglotte et de la région aryténoïdienne, formant de gros choux-fleurs d'un gris rosé; ces végétations envahirent tout le larynx, se continuant jusqu'à la face interne de l'épiglotte. Le curettage de la cavité amena une rémission rapide des troubles respiratoires qui devenaient menaçants, mais, à la suite d'une grossesse, les végétations ne tardèrent pas à se reproduire. La malade toussait un peu, mais son état général était bon, et à l'auscultation du poumon, on ne trouvait rien de particulier.

Les fragments enlevés à la curette furent examinés par le D^r Latteux

(1) ARIZA. La tisis laryngea. *Anfiteatro anatomico español*, p. 149, 1877, et p. 135, 1878.

(2) GOUGUENHEIM. *Congrès de laryngologie de Paris*, sept. 1889.

(3) LERMOYEZ. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1884.

qui reconnut l'existence du papillome type, sans cellules géantes ni bacilles. En 1889, la malade dont la santé se maintenait assez bonne, subit une nouvelle opération endo-laryngée : mais cette fois, les fragments inoculés par M. Tissier à un cobaye amenèrent chez cet animal une tuberculisation rapide. Cette malade est encore actuellement en traitement dans le service de M. Gouguenheim ; l'aspect du larynx est le même, et les végétations enlevées de temps à autre repullulent avec une extrême facilité ; mais l'état général s'est considérablement modifié, et les altérations pulmonaires constatées par l'auscultation ne laissent aucun doute sur l'envahissement par la tuberculose.

Cartaz (1) dans une communication à la Société clinique sur les tumeurs tuberculeuses du larynx, énumère plusieurs cas intéressants de petites végétations de coloration rouge grisâtre, apparaissant sur les cordes vocales d'individus ayant toutes les apparences d'une santé parfaite, et ne présentant aucun antécédent morbide ; chez ces malades l'examen microscopique des tumeurs extirpées à la pince, montra qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses, et les signes d'invasion du poumon par le bacille survenant dans la suite, vinrent confirmer l'exactitude du diagnostic.

Hering (2) a fait aussi la description de petites excroissances sphériques, blanchâtres, du volume d'une lentille, développées au niveau des bandes ventriculaires, et dans lesquelles l'examen histologique confirma la présence de follicules tuberculeux.

Cette forme de tuberculose laryngée si remarquable déjà par sa rareté, l'est encore par les particularités qu'elle présente dans son évolution clinique. Le début de cette affection est celui d'une maladie bénigne du larynx. Le malade présente d'abord, sans raison apparente, à la suite d'une cause banale comme le refroidissement, quelques légers troubles de la voie : ce n'est parfois qu'un simple enrouement ; dans d'autres cas il s'agit d'une véritable dysphonie ou d'une aphonie complète. La santé générale est indemne : pas de signes du côté des poumons qui ne présentent aucun trouble perceptible à l'auscultation. Le malade ne tousse pas ; parfois, cependant, l'irritation produite par la tumeur laryngée détermine quelques accès de toux qu'accompagne

(1) CARTAZ. Sur les tumeurs tuberculeuses du larynx. Communication à la Société clinique.

(2) HERING. *Curabilité de la phtisie laryngée*, p. 42, 1887.

une légère expectoration, et dans les crachats muqueux peuvent se trouver souvent des débris de végétations. La respiration normale au début, devient plus difficile à mesure que les tumeurs se développent dans le larynx; de véritables accès de suffocation, déterminés par l'obstruction des voies respiratoires ou simplement par un spasme nerveux, peuvent se déclarer, et produire des accidents graves d'asphyxie, si on n'intervient pas à ce moment par la trachéotomie.

Le larynx dans cette forme de tuberculose offre un aspect tout à fait spécial. Les petites tumeurs peuvent se développer en tous les points de sa surface; mais c'est généralement au niveau des aryténoïdes, à la base de l'épiglotte ou dans la région sous-glottique qu'on voit ces productions végétantes, tantôt isolées, tantôt réunies en masses, en véritables choux-fleurs: leur volume variable est celui d'une tête d'épingle ou d'une noisette, et leur nombre peut être assez grand pour que le larynx se trouve complètement envahi; chez la malade observée par MM. Gouguenheim et Tissier, ces tumeurs avaient pris l'aspect de papillomes confluents occupant la plus grande partie de la cavité glottique. De couleur gris rosé ou jaunâtre, de consistance très friable, elles peuvent avoir un aspect uni, lisse, ou au contraire mamelonné, hérissé de sortes de villosités, et donner alors absolument l'apparence d'un papillome de bonne nature. Leur adhérence est souvent très faible, surtout quand elles revêtent le type du papillome et le simple frottement à l'aide du pinceau porte-éponge suffit pour en détacher de nombreux débris.

La marche de cette maladie est remarquable par la lenteur de son évolution. D'abord localisées en un point du larynx, ces végétations se développent lentement; mais lorsqu'elles revêtent l'aspect du véritable papillome, leur évolution est plus rapide, et on voit ces papillomes pulluler et se multiplier d'une façon extraordinaire au point de combler le larynx en quelques mois, si on n'intervient pas par le traitement chirurgical; même enlevées à la pince et à la curette, elles se reproduisent sur place avec une grande puissance de vitalité.

La marche de cette maladie est assez lente pour ne déterminer pendant longtemps que des troubles sans gravité du côté des organes de la voix et de la respiration. L'état général reste bon, sans amaigrissement ni perte des forces. Mais au bout de quelques années, de trois à cinq ans en moyenne, les lésions s'accroissent: à ces tumeurs en

apparence bénignes succède une véritable phthisie laryngée ; les poumons, sains jusqu'alors, se prennent à leur tour, avec tous les signes de l'infiltration, et à ce moment on peut reconnaître dans l'expectoration la présence du bacille de Koch ; de plus, les débris de ces tumeurs constitués par tous les éléments du tissu tuberculeux déterminent par l'inoculation chez les animaux une tuberculisation rapide.

Si la maladie suit sa marche naturelle, l'obstruction du larynx par ces produits de néoformation, détermine bientôt des accidents asphyxiques qui peuvent amener très rapidement la mort du malade ; à ces troubles respiratoires se joint une dysphagie souvent intense déterminée par les altérations de l'épiglotte et des aryténoïdes ; les malades privés d'aliments s'affaiblissent, et finissent par succomber aux suites de la tuberculose pulmonaire.

Mais malgré sa lenteur, la marche de la maladie n'est ni régulière ni progressive ; elle peut subir des temps d'arrêt, de véritables rémissions. Qu'à la suite d'un effort de toux, le malade expulse quelques débris de végétations, la respiration deviendra immédiatement plus libre, l'enrouement moins prononcé, et la santé paraîtra à peu près rétablie. Malheureusement cette amélioration ne sera que passagère ; à ce calme trompeur succédera bientôt une aggravation de la maladie qui se terminera par la tuberculose pulmonaire.

Les lésions de la laryngite tuberculeuse pseudo-polypeuse n'entraînent pas toujours à leur suite tous les accidents fâcheux dont nous venons de parler. Lorsque, par une médication active, une intervention chirurgicale appropriée, on parvient à débarrasser le larynx des végétations polypiformes qui l'ont envahi, un changement notable se produit dans l'état du malade : les troubles respiratoires disparaissent, la dysphagie cesse rapidement, et l'amélioration de tous ces symptômes peut faire espérer, sinon la guérison totale, du moins un retard considérable au jour de l'échéance pulmonaire. Dans cette forme de tuberculose, en effet, où souvent les signes du côté des poumons n'existent pas, au point que l'examen histologique seul peut révéler la nature des lésions, on peut comprendre sans peine, combien d'importance et d'utilité peut avoir un traitement chirurgical, qui fera disparaître par le raclage ou l'extirpation, des végétations de mauvaise nature, dont le larynx est encombré, et qui empêchera ainsi l'infection générale de l'économie par l'inoculation de cette tuberculose encore toute locale.

B. — **Type pseudo-polypeux d'Avellis. Tumeurs tuberculeuses du larynx.** — Nous n'entendons pas, sous ce nom de type pseudo-polypeux d'Avellis, décrire une forme absolument spéciale découverte par cet auteur, se différenciant de la forme précédente de Gouguenheim et Tissier. Elles ont au contraire toutes deux des points de ressemblance très grands, et les nombreuses observations des auteurs que nous avons citées précédemment, peuvent rentrer pour la plupart dans le cadre de chacune de ces deux espèces de phtisie laryngée. Cependant, dans le type pseudo-polypeux d'Avellis, il ne faut voir que les tumeurs constituées uniquement par du tissu tuberculeux, avec follicules et cellules géantes, et non les néoformations développées sur des lésions tuberculeuses préexistantes. Ces tumeurs tuberculeuses ayant pris naissance sur une muqueuse laryngienne non altérée par le processus microbien et ne s'accompagnant d'aucune autre lésion de même nature ont une importance capitale au point de vue du traitement, car en les extirpant, on met l'organisme tout entier à l'abri des manifestations de la tuberculose.

Les tumeurs tuberculeuses étudiées par Avellis (1), à la clinique de Moritz Schmidst de Francfort sont de petites productions isolées, de couleur rose pâle, ou rouge, se présentant sous la forme d'un papillome ou d'un fibrome des cordes vocales ; d'aspect mamelonné ou mûriforme, elles sont recouvertes d'une muqueuse non ulcérée. C'est chez les sujets jeunes qu'elles se manifestent le plus souvent sans qu'on puisse trouver à leur genèse de causes déterminantes spéciales. Elles offrent cette particularité importante de se produire chez des individus qui ne présentent que des lésions pulmonaires à peine appréciables, ou qui même ont des poumons absolument sains.

Leur siège n'est pas constant ; il est plus fréquent de les voir se développer au niveau des ventricules de Morgagni, ou dans la paroi postérieure, à la surface aryténoïdienne, ou dans la région sous-glottique antérieure ; les fausses cordes vocales sont aussi souvent atteintes, tandis que les vraies cordes ne le sont que très rarement.

Leur symptomatologie est des plus simples ; la voix est en général enrouée, rauque ; si leur volume est un peu considérable, elles peuvent obstruer la lumière glottique et déterminer des troubles dysp-

(1) AVELLIS (de Francfort). Tuberculose Larynxgeschwülste (tumeurs tuberculeuses du larynx). *Deutsche medic. Wochens.*, 1891, nos 32 et 33.

néiques ; il n'y a jamais de douleurs spontanées et la dysphagie est exceptionnelle. Leur évolution se fait lentement, et elles n'ont pas de tendance envahissante ; elles peuvent rester des mois sans se modifier dans leur premier état.

« Ce qui donne à ces tumeurs tuberculeuses, dit Avellis, une importance considérable, c'est qu'elles peuvent précéder de longtemps l'apparition des manifestations communes de la tuberculose, soit dans le larynx, soit dans le poumon, car, comme elles se prêtent facilement à une extirpation radicale, on conçoit l'avantage qu'il y aurait à les diagnostiquer de bonne heure. »

Ces tumeurs peuvent, après leur extirpation, ne pas se reproduire, ou rester un long temps sans récidiver. Après leur ablation, l'état général du malade se maintiendra, sans que l'organisme soit menacé d'une infection tuberculeuse secondaire.

On voit donc, quelle grande action le traitement chirurgical peut avoir sur cette forme de phtisie du larynx, qui sera ainsi susceptible d'une guérison radicale. Aussi, en présence d'une tumeur laryngée de nature indéterminée, on devra toujours avoir présent à l'esprit l'existence de lésions tuberculeuses possibles, et ne jamais hésiter à pratiquer, à l'aide d'un fragment de tissu, un examen histologique sérieux. Si cette tumeur est réellement de nature tuberculeuse, on devra s'efforcer de l'enlever complètement, en ayant soin ensuite de cautériser profondément son point d'implantation ; par ce moyen on aura la chance d'arrêter ainsi d'une manière efficace le développement de la tuberculose.

Traitement médical de la tuberculose laryngée.

Ses désavantages

Sans chercher à faire ici le procès du traitement médical dans la tuberculose laryngée, nous pouvons voir sans peine, combien, dans une maladie aussi grave, atteignant les tissus dans leur profondeur même, il est illusoire de fonder quelque sérieuse espérance sur l'action d'un topique vulgaire, d'un liquide souvent anodin, que l'on porte à l'aide d'un pinceau, sur une région éloignée, difficile à apercevoir et à atteindre. Le grand nombre des médicaments employés, la liste infinie des panacées vantées hier et tombées aujourd'hui dans le plus complet discrédit, montrent assez par leur multiplicité même, quelle confiance limitée il faut avoir dans un traitement simplement médical.

Les résultats désespérants fournis chaque jour par la clinique témoignent de l'impuissance de toute médication de ce genre. Le larynx est un organe profond, difficilement accessible, d'une mobilité très grande, ayant une muqueuse douée d'une exquise sensibilité. Comment donc, peut-on espérer faire agir facilement sur lui les différents topiques dont on a l'habitude de se servir ? S'il ne s'agissait encore que d'altérations sans gravité, d'une simple hyperémie de la muqueuse, d'un catarrhe léger et fugitif, ou d'une ulcération superficielle et limitée, le traitement médical pourrait donner quelques résultats heureux. Mais le processus tuberculeux produit, au contraire, dans la plupart des cas des désordres plus sérieux. Lorsque les foyers bacillaires se sont développés dans la profondeur du larynx, loin de sa surface muqueuse, en s'entourant en plus d'une zone inflammatoire et œdémateuse, comment un simple pinceau promené hâtivement sur cette surface pourrait-il avoir ainsi une action salutaire ? En effet, une substance quelconque, même portée exactement sur les points malades, ne pourra pénétrer facilement dans l'intimité des tissus altérés : entraînée par les mucosités et les crachats, par les efforts spontanés du malade, par le spasme même du larynx, elle n'agira que pendant un temps trop limité pour avoir une action vraiment efficace.

Est-ce à dire, cependant, que toute thérapeutique médicale doive être rejetée en présence d'un cas de tuberculose laryngée ? Non, certains médicaments ont un pouvoir curatif qu'on ne saurait méconnaître sans injustice, mais leur nombre en est limité, comme leurs indications en sont restreintes. C'est surtout comme adjuvants du traitement chirurgical, qu'ils pourront montrer leur efficacité ; c'est ainsi que si on les emploie à la suite d'une plaie opératoire faite par la curette ou les pinces, ils auront pour effet d'assurer l'asepsie de la plaie et de hâter la cicatrisation.

Sans nous arrêter aux insufflations de poudres diverses, aux gargarismes, aux inhalations, pulvérisations, etc., et faire une énumération fastidieuse par sa longueur même, nous n'allons nous occuper dans ce chapitre que du traitement médicamenteux purement local, et, tout en montrant les inconvénients, discuter l'action des substances que l'on peut porter dans le larynx à l'aide du pinceau.

Les différents caustiques et astringents, tels que le chlorure de zinc, la glycérine créosotée, le tannin, le nitrate d'argent, etc., dont l'emploi est fréquent dans le traitement de la phtisie laryngée, ne peuvent agir que dans les cas de légères altérations et au début de la maladie. Les avantages qu'ils présentent sont contre-balancés par les inconvénients nombreux qu'ils déterminent.

Les cautérisations d'après Tobold (1) peuvent amener facilement à leur suite des ulcérations et Türk (2), affirme qu'elles lui ont presque toujours donné de mauvais résultats.

Mandl, Krishaber et Peter sont d'avis qu'elles peuvent entraîner le boursofflement et l'œdème.

Capart (3) de Bruxelles, ne craint pas de dire : « J'ai vu, dans la presque totalité des cas, les caustiques énergiques produire les plus affreux ravages ».

Schmidst, au congrès de Milan, recommande « d'abandonner enfin les cautérisations à l'aveugle, et l'emploi des topiques énergiques ».

Ducau dans sa thèse en rejette aussi l'emploi, et Schrötter de Vienne, en proscriit l'usage dans sa clinique.

(1) TOBOLD. *Die Krank. Kehlk.* Berlin, 1865.

(2) TÜRK. *Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx.* Paris, 1862, p. 376.

(3) CAPART. Thèse de Bruxelles, 1877.

Blindermann (1) affirme que les médicaments topiques, tels que le nitrate d'argent, ne peuvent agir que comme irritants, et qu'ils aggravent les lésions dans la tuberculose laryngée ; d'après lui, leur emploi, surtout celui des astringents, ne peut s'expliquer que par la routine, car le soulagement momentané qu'ils procurent est acheté au prix de douleurs vives qui surviennent plus tard ; les progrès de la maladie deviennent plus rapides sous l'influence des astringents, et en particulier du nitrate d'argent, qui agrandit les ulcérations au lieu de les faire diminuer, et accélère par la cautérisation la décomposition des tissus.

Nous n'allons discuter ici la valeur que des quelques médicaments dont l'usage mérite de ne pas être exclu de la thérapeutique laryngée, en montrant que, s'ils présentent de nombreux inconvénients à être employés seuls, ils peuvent être néanmoins d'un utile secours comme adjuvants du traitement chirurgical dans la tuberculose laryngée.

Parmi les substances dont l'action a été surtout vantée, se place au premier rang l'acide lactique. Ce médicament doit sa renommée à l'usage qu'en ont fait Krause de Berlin (2) et Heryng de Varsovie (3).

Mettant à profit les essais que fit Mosetig en essayant l'acide lactique sur le lupus et la carie fongueuse dont il amenait la destruction, Krause en appliqua l'emploi au traitement de l'ulcère tuberculeux. Heryng de Varsovie, trouvant en ce médicament un agent thérapeutique d'une valeur remarquable, en exalta la vertu bienfaisante au point d'en faire le spécifique de la bacillose laryngée, et dans une communication importante sur le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx, il déclara que sur 16 malades traités par l'acide lactique, il avait obtenu 4 guérisons complètes. Il est certain qu'on ne peut refuser à cette substance une action thérapeutique utile, et les résultats qu'elle a donnés dans les cas d'ulcérations laryngées de mauvaise nature sont indéniables ; mais la prétention de vouloir en faire le médicament curatif par excellence des lésions bacillaires, peut sembler quelque peu exagérée. Si l'acide lactique a donné quelques

(1) BLINDERMAN. Dissertation inaugurale. Heidelberg, 1887.

(2) KRAUSE. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 20 juillet 1885.

(3) HERYNG. *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1^{er} juillet 1886.

résultats sérieux, il est bien des cas où son action a été insignifiante ou nulle. De plus, son emploi n'est pas sans danger, et ce n'est pas un produit pharmaceutique dont on peut prescrire l'usage sans s'entourer de certaines précautions dont l'oubli pourrait être très préjudiciable au malade. Employé à une dose un peu forte, l'acide lactique agit avec une vive énergie : il peut déterminer une eschare profonde au point où il a été appliqué, et amener une inflammation œdémateuse de la muqueuse laryngée. Son application est souvent suivie d'une forte douleur immédiate, d'une sensation de brûlure violente, et cet inconvénient est assez grand pour que le conseil ait été donné par Heryng, de faire préalablement avant chaque pansement, un badiageonnage complet du larynx, à l'aide d'une solution aqueuse de coïcaine.

Cette méthode de traitement a été, d'ailleurs, abandonnée par un certain nombre de laryngologistes qui en ont reconnu les inconvénients ; c'est ainsi que Masséi de Naples, après en avoir fait l'essai, a publié quelques observations où ce mode de traitement avait été suivi d'un insuccès complet, et dans certains cas même des accidents graves de suffocation avaient suivi l'emploi de l'acide lactique. De même Sènesse (1), dans une thèse où il s'inspire des idées de son maître, Moure de Bordeaux, est d'avis qu'il ne faut pas faire grand crédit des vertus de ce caustique dont l'emploi est peu facile et très douloureux. Cependant l'acide lactique, malgré ses inconvénients, n'est pas à rejeter de la thérapeutique laryngée ; les services signalés qu'il a rendus à Krause, à Heryng, et à d'autres encore, doivent lui faire conserver son rang de modificateur des tissus. Mais son action très discutable ne peut s'exercer que dans des cas déterminés, et c'est ainsi qu'elle n'a d'influence que dans les formes ulcératives ; mais, lorsque la tuberculose du larynx se montre sous la forme infiltrée ou végétante, il est clair que la solution d'acide lactique même concentrée ne pourra pas avoir un pouvoir bien efficace. Au contraire, lorsque par le curettage ou l'extirpation on aura modifié la surface de la muqueuse, le badiageonnage à l'acide lactique, devenant ainsi le complément du traitement chirurgical, pourra agir comme caustique sur cette surface saignante et en amener la cicatrisation rapide.

(1) SÉNESSE. *Traitement de la phthisie laryngée*. Thèse de Bordeaux, 1887.

L'acide chromique est un caustique dont l'emploi a été préconisé par Isambert, Pelan (1), Heryng, etc., dans le traitement de la tuberculose laryngée, comme pouvant déterger les ulcérations, et détruire les surfaces végétantes. Mais si son action comme caustique chimique ne saurait être niée, il n'en est pas moins vrai qu'il est difficile à employer dans le larynx ; comme son pouvoir caustique est énergique, et que sa diffusibilité est extrême, il risque de dépasser le but qu'on se propose en s'en servant, et de produire une destruction des tissus environnants, au lieu de limiter son action au point précis où on l'applique.

Il en est de même de la solution de perchlorure de fer au trentième ; ses avantages sont contestables et les douleurs violentes que détermine son application en ont fait avec raison abandonner l'usage.

Le chlorure de zinc, en solution assez concentrée, peut avoir une influence marquée sur les états catarrhaux de la muqueuse laryngée, en agissant comme astringent, et en faisant disparaître la rougeur et le gonflement des cordes vocales, dans les laryngites aiguës ou chroniques. MM. Gouguenheim et Tissier (2) ne croient pas à l'efficacité de ce caustique : « Le chlorure de zinc est un astringent peut-être fort « utile dans les laryngites catarrhales, mais bien certainement trop « anodin chez les tuberculeux. Nous l'avons employé bien souvent au « début de la tuberculose laryngienne sans en avoir jamais constaté « une action sérieuse. »

La résorcine est un autre médicament qu'on a aussi voulu employer dans le traitement de la laryngite bacillaire ; elle a pu donner quelques succès, mais elle n'agissait que comme désinfectant et antiseptique, sans avoir une action efficace sur le processus tuberculeux.

Deux autres substances, la créosote et le menthol, sont employées journellement dans la tuberculose laryngienne. D'après Cadier (3), la glycérine créosotée aurait une influence remarquable sur le processus d'infiltration oedémateuse, qu'elle parviendrait à faire disparaître. Mais cette action est peu constante, et la saveur caustique et irritante de ce médicament employé à dose concentrée doit le rendre d'un usage peu général.

(1) PELAN. Thèse inaugurale, 1878.

(2) GOUGUENHEIM et TISSIER. *Traité sur la phtisie laryngée*.

(3) CADIER. *Manuel des maladies du larynx*.

Quant au menthol préconisé par Rosenberg, et à qui il a donné certains succès, il ne paraît pas avoir une grande influence sur les lésions tuberculeuses. Cependant la créosote et le menthol employés en injections laryngiennes sous forme de solution dans l'huile d'amandes douces, à la dose de 1 pour 20, donnent de bons résultats comme désinfectants de la cavité laryngienne ; de plus, le menthol a contre les douleurs de la dysphagie une action calmante qu'on ne saurait méconnaître.

Nous arrivons enfin à un dernier médicament plus nouveau, le naphtol camphré, considéré comme pouvant donner dans la thérapeutique laryngienne de véritables succès. Préparé par Désesquelles qui a découvert la propriété qu'avait le naphtol de se liquéfier dans le camphre, et introduit par Bouchard dans la thérapeutique générale, par Périer dans les cas chirurgicaux, ce médicament a été expérimenté par Gouguenheim qui l'a employé le premier dans le traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx. Fernet (1) dans une communication à la Société de thérapeutique a annoncé que le naphtol camphré avait produit un résultat merveilleux sur des ulcérations tuberculeuses de la base de la langue et du pharynx, alors que tous les pansements à l'acide lactique avaient été suivis d'un complet insuccès. Dans une thèse sur le naphtol camphré, Nugon (2), élève de Gouguenheim, s'exprime ainsi : « C'est un excellent médicament topique dans
« les cas d'ulcérations pharyngo-laryngées de nature tuberculeuse.
« Les malades que nous avons soumis à ce traitement étaient pansés
« tous les jours ou tous les deux jours, selon l'étendue des ulcérations
« et de l'abondance du muco-pus qui les recouvrait. Dans tous les cas,
« la guérison n'a jamais fait défaut, et sans vouloir préjuger ici de la
« valeur de ce médicament comme parasiticide du bacille de Koch,
« nous devons admettre, d'après les nombreux résultats obtenus, qu'il
« améliore les ulcérations ; le pus disparaît, l'ulcère change d'aspect,
« le fond se déterge, prend une coloration rose, se recouvre de granulations, l'inflammation des parties voisines diminue et la cicatrisation se produit, grâce à une série de badigeonnages ».

Sans vouloir attacher à ce médicament une valeur thérapeutique

(1) FERNET. Communication à la *Société de thérapeutique*, février 1889.

(2) NUGON. *Contribution à l'étude de l'emploi du menthol et du naphtol camphré en laryngologie*. Thèse de Paris, 1889.

considérable, nous sommes d'avis qu'il peut cependant être d'une très grande utilité dans le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. Chez les malades que nous avons traités dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière, nous avons constamment employé le naphthol camphré en badigeonnages, après toutes les opérations endolaryngées ; nous avons facilement remarqué qu'il imprimait aux tissus une heureuse modification en modérant la réaction inflammatoire, qu'il rendait les plaies opératoires aseptiques, et qu'il en hâtait ainsi la cicatrisation.

Si on examine à un point de vue général, l'influence que peut avoir sur l'évolution de la tuberculose laryngée les différents médicaments dont nous venons de parler, il est facile de comprendre combien leur action doit être faible, lorsqu'il est nécessaire de s'opposer au développement de lésions du larynx, ayant déjà atteint l'organe dans l'intimité de ses tissus. Lorsque les aryténoïdes infiltrés se sont transformés en une masse épaisse, volumineuse, ou que les follicules tuberculeux ont pris naissance dans la profondeur, comment croire qu'un simple liquide, plus ou moins caustique, déposé à l'aide d'un pinceau à la surface de la muqueuse, puisse faire régresser ou seulement diminuer ces tissus végétants de nouvelle formation, qui ont sans cesse une tendance à s'accroître et à se multiplier ?

Dans les formes de tuberculose pseudo-polypeuse, ou lorsqu'il s'agit de ces masses dures, faisant saillie dans le larynx, menaçant à chaque instant, par leur confluence, d'obstruer la lumière glottique et de déterminer des accidents graves d'asphyxie, ce n'est certainement pas par un traitement purement médical, par une série de pansements et de cautérisations, qu'on pourra espérer obtenir une amélioration sensible dans l'état des lésions laryngées, ni surtout parer aux troubles qui, comme la dyspnée et la dysphagie, réclament un rapide secours, une intervention immédiate. Si on veut bien se convaincre de l'inefficacité, de l'impuissance même du traitement médical, c'est à l'intervention par les procédés chirurgicaux qu'on devra avoir recours : c'est cette méthode seule qui pourra donner des résultats sérieux et durables.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Dans les pages qui précèdent, nous avons montré combien il fallait fonder peu d'espérance sur l'action des médicaments simples dans le traitement de la tuberculose laryngée. Lorsque les lésions sont étendues, que le larynx est gravement atteint dans sa constitution anatomique, que des masses végétantes ou infiltrées compromettent la vie du malade sous le coup d'une menace d'asphyxie, il est tout naturel de penser qu'on puisse avoir recours à des moyens plus énergiques : c'est donc en pareil cas à la chirurgie qu'on devra s'adresser.

Dans toute maladie le traitement répond toujours à deux grandes indications : il doit d'abord soulager, puis ensuite guérir, c'est-à-dire qu'il doit être palliatif et curatif. C'est ainsi que dans la tuberculose laryngée les efforts du médecin devront sans cesse tendre vers ce double but : combattre les différents symptômes qui se manifesteront dans le cours de la maladie, et en même temps s'attaquer à la cause même du mal, enlever et détruire les productions tuberculeuses déterminées par le bacille, et par là même s'efforcer d'amener une complète guérison. C'est à ces principes que répond le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. Nous allons donc l'envisager à ces deux points de vue, et étudier séparément le traitement *palliatif* et le traitement *curatif*; voir ensuite à quelles indications répond chacun d'eux, dans quels cas ils doivent être institués, et montrer enfin les résultats qu'on peut en attendre.

A. — Traitement palliatif de la tuberculose laryngée.

Trois grands symptômes fonctionnels dominent la scène clinique dans le cours de toute tuberculose du larynx : la dyspnée, la dysphagie, la dysphonie. Nous allons les passer en revue, montrer ce que chacun d'eux peut attendre d'un traitement chirurgical bien institué, et, en particulier, voir quel genre de traitement convient le mieux aux différents cas qui peuvent se présenter. Permettre au malade de pouvoir respirer, manger, parler, tel est le desideratum qui s'impose à tout opérateur.

I. — *De la dyspnée et de son traitement.*

Les accidents les plus sérieux, ceux qui menacent le plus directement l'existence dans la phtisie laryngée, sont les troubles de la respiration. Au début de la maladie, ces troubles sont peu sensibles; à la suite d'une fatigue ou d'un effort, la respiration devient courte, haletante; puis, les lésions augmentant, la gêne respiratoire s'accroît, pour se transformer en une véritable dyspnée; des accès de suffocation peuvent se produire à un moment donné, et le malade peut être emporté subitement, tué par l'asphyxie. En dehors des altérations pulmonaires qui apportent une grande gêne au fonctionnement régulier de la respiration, les causes de la dyspnée sont nombreuses. Les productions végétantes se développant dans le larynx, les infiltrations énormes des tissus, les abcès dus à la périchondrite, les spasmes des cordes survenant tout à coup même avec des lésions légères, toutes les sténoses avec leurs origines multiples, sont autant de causes qui peuvent amener l'asphyxie par la fermeture de la glotte.

Pour combattre les accidents dyspnéiques, quels sont les moyens que nous fournit la chirurgie laryngée? Les troubles respiratoires étant dus à la difficulté qu'éprouve l'air atmosphérique pour pénétrer dans les poumons, par suite d'une obstruction du conduit laryngo-trachéal,

il faut avoir recours à l'un des moyens suivants : ou détourner l'obstacle qui ferme la glotte, ou plus simplement encore en amener la suppression.

Si on se contente de vouloir passer à côté de l'obstacle, sans y toucher, deux procédés pourront être employés : la trachéotomie et le tubage. Si, au contraire, en agissant d'une manière plus rationnelle, on veut s'attaquer aux causes mêmes de l'obstruction laryngée et tâcher de les faire disparaître, une méthode thérapeutique nouvelle, féconde en d'heureux résultats sera le curettage de la cavité laryngienne.

Trachéotomie. — Dans le cours de la phtisie laryngée cette opération peut avoir des indications utiles, alors que la gêne respiratoire réclame une intervention immédiate ; mais il est exagéré de vouloir faire de la trachéotomie un mode de traitement de cette affection. Cependant Beverley Robinson (1) se montra un partisan enthousiaste de cette opération dans la phtisie laryngée, au point d'en déclarer l'utilité même au début de la maladie. « Pour obtenir un résultat satisfaisant, dit-il ailleurs (2), il est indiqué de ne pas retarder l'opération mais plutôt de la pratiquer dès que la nature de la maladie est « con-
« nue, et que les autres moyens semblent inutiles, afin que les mala-
« des, loin d'avoir à souffrir de la présence de la canule, bénéficient
« au contraire de l'opération. » Serkowski (3) et Ripley ont eu quelques succès grâce à la trachéotomie, et Betz (4) de Mayence a obtenu une guérison sur deux cas de trachéotomie pratiquée chez des femmes enceintes, atteintes de phymie laryngée.

Schmidt de Francfort préconise également cette opération, qu'il a pratiquée huit fois ; d'après lui, l'accès de l'air aux poumons est ainsi facilité, et le larynx isolé du contact du courant aérien se trouve dans d'excellentes conditions de repos très favorables à sa guérison. Gouguenheim et Tissier sont aussi partisans de cette opération mais ils ne l'érigent pas en mode de traitement curatif : c'est une simple opération palliative qui s'impose en présence d'accidents asphyxiques rapides, à tous les instants de l'affection.

M. Gouguenheim avait déjà à une époque antérieure donné les indi-

(1) In MACKENZIE. Traduction MOURE et BERTIER, p. 532.

(2) *The Medical Record*, 17 mars 1883.

(3) SERKOWSKI. *Algern. med. chir. Zeitung*, 2 août 1878.

(4) BETZ. *Revue mensuelle de laryng., d'otol.*, 1^{er} novembre 1886.

cations de la trachéotomie dans les cas de sténose glottique ou d'obstruction laryngée par les tumeurs ou les infiltrations bacillaires : « chez un tuberculeux, dit-il, dont les lésions pulmonaires sont peu prononcées, l'état général satisfaisant et la température à peu près normale, la trachéotomie est indiquée formellement, quand plusieurs accès de suffocation sont causés par la sténose glottique. L'existence de lésions sérieuses du parenchyme pulmonaire ne contre-indique pas l'opération, si la température n'est pas trop élevée, et si les fonctions digestives ne sont pas trop troublées » (1).

D'autres auteurs, au contraire, ne voient à la trachéotomie aucune utilité, lorsqu'il s'agit de la laryngite tuberculeuse. Mackenzie (2) s'exprime très nettement à ce sujet : « J'ai eu l'occasion de pratiquer la trachéotomie pendant ces 20 dernières années dans quelques cas de phthisie laryngée (une douzaine de fois peut-être) ; mais, quoique cette opération ait activement remédié aux symptômes urgents de dyspnée, je ne puis me rappeler un seul cas dans lequel elle ait retardé le processus pathologique ».

Astier (3), dans sa thèse, n'est pas non plus partisan de cette opération qui, pour le malade ne peut être d'aucun profit. Sénesse n'admet la trachéotomie qu'en cas d'accidents dyspnéiques graves et lorsque la cachexie n'existe pas encore. Moure de Bordeaux, après avoir obtenu un résultat heureux par la trachéotomie, chez une femme atteinte de phthisie laryngée, a modifié son opinion première à la suite d'un certain nombre d'opérations dont les conséquences furent défavorables.

Tubage du larynx. — Il existe un mode de traitement qui a été quelquefois employé dans les cas de sténose glottique consécutive à la phymie laryngée : c'est le tubage de la glotte. D'origine française (4), le tubage fut mis en pratique par Bouchut qui, en 1858, fit une communication à l'Académie de médecine où il montra qu'on pouvait dilater le larynx, en introduisant dans la glotte des viroles laissées à demeure, et que, par ce moyen, on arrivait à s'opposer à l'asphyxie ; mais dans les cas qu'il exposait, il s'agissait simplement du croup.

(1) GOUGUENHEIM. *Bulletin de thérapeutique*, 1884.

(2) MORELL MACKENZIE. *Traité des maladies du larynx*.

(3) ASTIER. *Des indications de la trachéotomie*. Thèse de Paris, 1877.

(4) ISCH-WALL. Tubage du larynx. *Progrès médical*, 1887.

Plus récemment, Weinlechner (1871) et surtout le professeur Schrötter de Vienne, ont employé de nouveau ce procédé pour les cas de sténose laryngée, d'origine tuberculeuse ou autre ; et, en introduisant dans le larynx des canules creuses, soit en argent ou en gomme dure, de la forme du conduit aérien, ils ont trouvé le moyen de rétablir le libre parcours de l'air, quand l'obstruction risquait d'amener l'asphyxie.

Capart (1), de Bruxelles, vante le tubage dans le traitement des sténoses glottiques, et il prétend que l'emploi régulier des sondes dilatatrices peut faire disparaître les hypertrophies de la muqueuse.

Cependant, chez les tuberculeux, le tubage a été rarement pratiqué, si ce n'est par Masséi, Dillon, Brown et quelques autres. D'après Hopkins (2), cette méthode de traitement doit être préférée à la trachéotomie, et il cite le cas d'une femme atteinte de phtisie laryngée et menacée d'asphyxie par accès de suffocation ; il pratique le tubage pendant lequel il éprouve une grande résistance, et non sans avoir fait endurer à la patiente de vives douleurs ; au bout de quelques jours l'amélioration attendue se produisit, car la glotte plus largement ouverte rendait la respiration plus facile. Quoi qu'il en soit, malgré le grand avantage que le tubage présente sur la trachéotomie, de ne point nécessiter d'effusion sanguine, les résultats que cette opération a donnés jusqu'à présent, ne sont ni assez nombreux, ni assez probants, pour que l'emploi mérite d'en être vulgarisé.

Curettage du larynx. Ses avantages sur la trachéotomie et le tubage. — Au lieu de chercher à détourner l'obstacle qui obstrue la glotte dans certaines formes de phtisie laryngée, le curettage a pour but de débarrasser la cavité de tous les produits de néoformation qui l'ont envahie, de détruire les surfaces où le bacille s'est cultivé, de rétablir ainsi le libre cours de l'air, et de favoriser le parfait fonctionnement de l'hématose. Tout en s'opposant à la dyspnée, le curettage a l'avantage de détruire aussi les tissus tuberculeux. Cette opération est réellement entrée dans la pratique médicale, grâce aux travaux de Heryng qui fut frappé des résultats heureux que donnait dans la tuberculose du larynx, la destruction des masses infiltrées et des

(1) CAPART. Thèse de Bruxelles, 1877.

(2) HOPKINS. Intubation for stenosis in tubercular laryngitis. *N. York. med. Jour.*, février 1892.

ulcérations de mauvaise nature. Cette opération que le médecin de Varsovie instituait comme traitement curatif de cette maladie, trouve son application complète dans les cas de dyspnée, où il est nécessaire de débarrasser le larynx de tous les produits tuberculeux qui le remplissent. Cette méthode a été adoptée par la plupart des laryngologistes, et le traitement d'Heryng est devenu d'un usage courant. Les avantages qu'il présente, comme palliatif de la dyspnée, sont nombreux, et il est d'une évidente supériorité sur les moyens qui consistent à respecter la lésion laryngée, et à rappeler le cours de l'air en détournant l'obstacle ou en l'écartant, comme le font la trachéotomie et le tubage.

Si l'on compare ces deux derniers modes de traitement avec le curettage du larynx, il est facile de voir que tout plaide en faveur du curettage, sauf dans des cas très rares où la trachéotomie s'impose. Les inconvénients de la trachéotomie en effet sont nombreux : le plus grand, à notre avis, est de ne pas agir sur l'affection laryngée ; elle permet, il est vrai, au malade de respirer, mais elle n'a aucune action modificatrice sur les lésions bacillaires ; en ouvrant une voie directe à l'air froid venu du dehors, et qui pénètre directement dans les poumons, sans avoir été échauffé sur son passage, par la bouche et les fosses nasales, elle expose le patient à un refroidissement subit, et aux dangers de toutes les complications thoraciques. Faite dans des conditions non parfaitement aseptiques, elle constitue une menace sérieuse d'infection secondaire, et peut déterminer une pneumonie, cause fréquente de mort rapide. Parmi les malades qui sont porteurs de canules, combien en voit-on, qui, à la suite d'un refroidissement même léger, contractent une broncho-pneumonie, à laquelle ils succombent presque toujours !

Sans parler des inconvénients dus à une perte de sang parfois abondante, et aux complications diverses, telles que la syncope, la pénétration du sang dans les bronches, etc., la trachéotomie faite chez un tuberculeux laryngien est une opération qui modifie souvent d'une façon définitive l'état des voies respiratoires, car, si la dyspnée n'est pas due à un spasme ou à une sténose momentanée, il est évident que le malade sera condamné à porter une canule indéfiniment. De plus, l'emploi prolongé de la canule pourra déterminer, par le frottement, des ulcérations de la paroi postérieure de la trachée sur lesquelles viendront se coloniser les bacilles de Koch.

Quant au tubage, son emploi, justifié parfois dans les cas de sténose glottique par lésions cicatricielles anciennes, ne doit pas être recommandé pour combattre les accidents dyspnéiques dus à l'obstruction des voies aériennes. Utile dans le croup et dans les rétrécissements fibreux dus à la spécificité, le tubage est plutôt nuisible dans la phthisie laryngée, où on s'expose, en écartant, pour passer la sonde, des tissus déjà malades, à les irriter et à en amener l'inflammation; d'ailleurs, le tubage est une opération qui demande une dextérité de main toute spéciale et une habitude technique assez grande. Quand le larynx est rempli de masses végétantes, que les aryténoïdes et les bandes ventriculaires infiltrés remplissent presque complètement la cavité, ne laissant pour le passage de l'air qu'un orifice très étroit, on peut se figurer sans peine combien le tubage devient une opération difficile, pour ne pas dire impossible.

Le curettage, au contraire, dans les cas de dyspnée progressive, alors que les troubles respiratoires n'ont pas atteint leur maximum d'intensité, et que l'asphyxie n'est pas encore menaçante, est sans aucun doute la meilleure des méthodes de traitement. Ses avantages sont des plus précieux, car, en même temps que par le raclage, on débarrasse le larynx des produits tuberculeux qui l'encombrent, on rétablit peu à peu le libre parcours de l'air nécessaire à la vie.

L'emploi du curettage peut s'appliquer à toutes les lésions laryngées d'origine bacillaire qui sont susceptibles de déterminer des troubles de la respiration. S'il s'agit d'énormes infiltrations laryngées, de ces formes pseudo-polypeuses, ou de ces vastes abcès périchondritiques qui amènent le rétrécissement presque complet de la glotte, le curettage ou l'extirpation de ces produits dangereux amènera la cessation de ces accidents dyspnéiques. Si, au contraire, les troubles de la respiration sont dus au spasme et à la sténose que produisent souvent une simple ulcération et un léger épaissement pachydermique de la région interaryténoïdienne, ou même une petite tumeur papillomateuse des cordes vocales, cette opération trouvera alors, dans ces cas, ses indications les plus nettes, et, exécutée avec facilité, elle donnera les meilleurs résultats.

Cependant il est bon de faire quelques restrictions et de ne pas s'imaginer que le curettage doive être employé dans tous les cas de dyspnée. Nettement indiquée, lorsque les troubles respiratoires sont

de moyenne intensité, et que la lumière du larynx n'est pas complètement obstruée, cette opération ne doit pas être employée, si l'asphyxie est menaçante, si la respiration du malade au lieu d'être simplement courte et gênée, n'est plus qu'un tirage profond, un cornage intense, et si les accès de suffocation sont devenus fréquents et prolongés : c'est alors à la trachéotomie qu'il faudra avoir recours, car, elle pourra assurer la survie du malade. Il ne faut donc pas partager les idées pessimistes de Lennox Browne (1), qui, même dans les cas de dyspnée intense, se montre opposé à la trachéotomie : convaincu de l'inutilité de cette intervention, ce n'est que sur les instances pressantes de la famille et du malade qu'il se déciderait à opérer. Dans le courant de cette année, nous avons nous-même pratiqué vingt et quelques trachéotomies pour des cas de tuberculose laryngée, alors que la dyspnée était intense, et que le malade risquait de mourir asphyxié ; dans ces cas l'imminence du danger rendait la trachéotomie immédiate nécessaire, et toute tentative de curettage entreprise à ce moment eût été inutile et même nuisible.

La trachéotomie a donné une survie de plusieurs mois à quelques-uns de ces malades, qui seraient morts infailliblement dans un accès de suffocation ; d'autres ont pu quitter l'hôpital dans un état d'amélioration très satisfaisant. De plus, loin d'être en antagonisme et de constituer deux méthodes de traitement différentes, ayant chacune leurs indications opposées, le curettage et la trachéotomie peuvent se combiner et constituer un moyen mixte à opposer aux troubles de la dyspnée. Si, en effet, on se trouve en présence d'un individu nerveux, sujet à de fréquents accès d'oppression, chez lequel un spasme violent survient au moindre attouchement du larynx, on peut, au préalable, pratiquer une trachéotomie préventive ; puis, ensuite, s'étant mis ainsi à l'abri des accidents possibles dus à une sténose soudaine, on aura une facilité plus grande pour curetter et nettoyer la cavité du larynx.

II. — *De la dysphagie et de son traitement.*

La dysphagie (douleur provoquée par la déglutition des solides et des liquides) est un des symptômes les plus graves qui se manifes-

(1) LENNOX BROWNE. *Communic. Journ. of Laryng.*, 1889, n^{os} 4 et 5.

tent dans le cours de la phtisie laryngée. Sa fréquence est extrême, et, d'après Peter et Krishaber (1), « la déglutition est douloureuse chez un quart au moins des individus atteints de phtisie laryngée, et gênée presque chez tous, même quand l'épiglotte n'est pas atteinte ». Cependant Trousseau (2) et Belloc ont prétendu que la dysphagie était très rare dans la laryngite tuberculeuse, qui, d'après eux, serait une maladie indolente. Pour Andral cette complication serait exceptionnelle. Didier (3) dans sa thèse sur le traitement de la dysphagie dans le cours de la phtisie laryngée, a trouvé la proportion de 22 0/0. Parmi les malades que nous avons observés, chez tous ceux qui présentaient une infiltration de la région aryténoïdienne, la dysphagie s'est manifestée avec plus ou moins d'intensité à un moment donné, dans le cours de l'affection.

C'est rarement au début de la tuberculose laryngée que se montrent les premières douleurs de la dysphagie. Le malade en général a depuis plusieurs mois des troubles de la voix et de la respiration, quand il commence à éprouver de la difficulté pour avaler. Chez beaucoup d'individus, cependant, peu soucieux de leur santé, la dysphagie est souvent le premier trouble sérieux qui les inquiète et les amène à réclamer du médecin les soins qui leur sont nécessaires. Ce n'est au début qu'une légère sensation douloureuse, une gêne momentanée au commencement du repas ; mais cette dysphagie augmentant avec les progrès de la maladie, devient bientôt très pénible ; les aliments solides sont d'abord déglutis avec peine, puis les liquides, la salive même ne peuvent plus être avalés qu'au prix de douleurs intolérables. Dans certains cas la dyspnée est plus marquée pour les liquides que pour les solides. D'après Fernet (4) cette gêne dans la déglutition des liquides aurait pour cause la destruction des bords de l'épiglotte, et déterminerait une toux convulsive et suffocante, ainsi que le retour des boissons par le nez. Lorsque la dysphagie est devenue complète, l'état du malade s'aggrave avec rapidité ; ne pouvant plus manger, il dépérit, se cachectise, et meurt bientôt d'inanition.

(1) PETER et KRISHABER. Article Larynx. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(2) TROUSSEAU et BELLOC. *Traité de la phtisie laryngée*.

(3) DIDIER. *Étude sur la dysphagie dans la phtisie laryngée. Son traitement*. Thèse de Lyon, 1890.

(4) FERNET. Article Dysphagie. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*.

A quoi sont donc dus ces troubles dysphagiques dans la tuberculose laryngée? Les lésions de l'épiglotte, qui sont surtout une des causes de la gêne dans la déglutition des liquides, ne doivent pas jouer le rôle principal, et les altérations des cartilages aryténoïdes doivent être considérées surtout comme devant déterminer dans la majorité des cas ces troubles sérieux qui nous occupent. En effet, les expériences de Magendie et de Schiff ont fait voir que la section de l'épiglotte chez des chiens ne les gênait pas pour avaler. Dans le livre de Trousseau et Belloc se trouve relaté le cas d'un individu atteint de laryngite tuberculeuse dont l'épiglotte était complètement détruite, et qui, cependant, pouvait avaler sans difficulté. Pour Peter et Krishaber les lésions ulcéraives de l'épiglotte sont seulement la cause de la dysphagie; lorsqu'elle n'est pas atteinte, la dysphagie est simplement une gêne mécanique de la déglutition. Cette opinion, vraie pour certains cas, doit être révoquée en doute, car ce sont surtout les lésions des aryténoïdes qui produisent de la difficulté pour avaler. Aussi Didier soutient-il avec raison que la dysphagie douloureuse peut être produite par d'autres lésions que les ulcérations de l'épiglotte, et que, dans un grand nombre de cas d'ulcérations et d'infiltration des aryténoïdes, avec épiglotte absolument saine, la déglutition est souvent très douloureuse, aussi bien celle des liquides que celle des solides. C'est aussi l'opinion de Ferrand (1) qui admettait déjà en 1882, que les lésions de la muqueuse aryténoïdienne pouvaient donner naissance à la forme dysphagique : « assez fréquemment, dit-il, ces deux parties du larynx sont malades simultanément, mais nous avons observé des cas bien nets où l'épiglotte était saine, alors que la muqueuse aryténoïdienne était touchée ».

Dans sa thèse, Didier, après avoir recueilli 100 observations de dysphagie tuberculeuse laryngée, en comptant celles empruntées à Heryng, à Cahn et aux travaux de Ferrand et de Nugon, montre que le plus souvent la dysphagie est due aux lésions des aryténoïdes. Cette opinion est aussi la nôtre : parmi les malades que nous avons eus en observation, la dysphagie était très marquée chez certains d'entre eux, dont les aryténoïdes étaient infiltrés, alors que l'épiglotte ne présentait pas de trace d'altération.

(1) FERRAND. *De la forme dysphagique de la phthisie laryngée*. Thèse de Paris, 1882.

Il est assez facile, d'ailleurs, de s'expliquer pourquoi les cartilages aryténoïdiens peuvent déterminer aussi facilement des troubles dans la déglutition : quand les aliments pénètrent du pharynx dans l'œsophage, les aryténoïdes se portent en haut, la glotte se ferme et les rapproche, puis, alors le bol alimentaire descend et passe entre ces cartilages et l'œsophage ; s'ils sont ulcérés, si leur volume se trouve augmenté du fait même de l'infiltration tuberculeuse, le frottement seul suffit pour déterminer une violente douleur. D'ailleurs, ce sont les ulcérations de la partie postérieure ou du sommet des aryténoïdes qui sont souvent la cause de la dysphagie, alors que les mêmes ulcérations siégeant à la partie antérieure sont généralement indolores.

On ne saurait trop insister sur l'importance qu'a, dans le cours de la phtisie laryngée, ce symptôme, la dysphagie. Quand le malade en arrive à ne plus pouvoir manger, l'affection fait de rapides progrès ; la tuberculose pulmonaire reçoit dans son évolution une impulsion nouvelle et hâte le terme final. Aussi a-t-on cherché par tous les moyens possibles à combattre cette complication si redoutable. C'est en vain que l'on a épuisé toutes les ressources du traitement médical pour tâcher de diminuer les souffrances du malheureux dysphagique ; bien des médicaments ont été tour à tour employés dans ce but sans donner de résultats bien avantageux. Sans nous arrêter à parler des vertus problématiques d'un grand nombre d'entre eux tels que le baume du Pérou employé en inhalations, ou les topiques, comme le menthol, la caféine, l'iodoforme, l'iodol, tous prônés avec plus ou moins de succès, nous ne voulons retenir ici que les deux moyens médicaux suivants : les badigeonnages à la cocaïne, et les insufflations de poudre de chlorhydrate de morphine. La cocaïne est certainement un remède excellent contre les douleurs de la dysphagie, et, grâce à son pouvoir anesthésique, on peut faire manger des malades qui n'avaient qu'avec la plus grande difficulté. Mais, même dans le traitement de la dysphagie, elle n'est pas toujours efficace, et elle peut donner bien des mécomptes. D'ailleurs, le mode d'emploi n'en est pas toujours facile, et, pour qu'elle puisse agir, il est nécessaire que le badigeonnage soit fait par une main expérimentée, sinon le pinceau ne pénètre pas dans le larynx et n'atteint pas les parties à insensibiliser. Son action, en outre, est éphémère, et d'après Jellinek lui-même, l'anesthésie de la muqueuse ne pourrait dépasser

une dizaine de minutes. Si le badigeonnage n'est pas fait immédiatement au moment du repas, le malade, dont le larynx a retrouvé sa sensibilité, perd tout le bénéfice du traitement. De plus, ces badigeonnages doivent être faits avec une certaine circonspection : outre qu'ils exposent au spasme laryngien, surtout chez les sujets nerveux, et chez ceux dont le larynx présente des altérations avancées, ils peuvent aussi déterminer des accidents très sérieux attribués à une intoxication aiguë, et se traduisant, dans les cas légers, par des troubles vertigineux, de la pâleur de la face et une tendance à la syncope.

Les pulvérisations de poudre de chlorhydrate de morphine peuvent plus facilement calmer les douleurs des dysphagiques, mais, il est difficile, à moins d'avoir les connaissances techniques de la laryngoscopie, de faire pénétrer au point malade la substance calmante, qui insufflée seulement au fond du pharynx n'agit pas, et peut même être nuisible.

Parmi les autres moyens employés pour combattre la dysphagie, mais qui confinent au domaine de la chirurgie, se trouve d'abord la galvano-cautérisation, usitée dans les cas de gonflement de l'épiglotte et de la région aryténoïdienne. Mais ce procédé n'a joui que d'une vogue momentanée, et n'a pas donné les résultats qu'on espérait. La cautérisation par le feu est souvent douloureuse, surtout si on la fait pénétrer profondément. Si l'opérateur fait un faux mouvement, si le malade est pusillanime et ne garde pas une immobilité complète, on s'expose à brûler les parties voisines de la région malade. Souvent, après l'opération, il se produit une réaction inflammatoire qui dure de douze à vingt-quatre heures, pendant lesquelles persistent les douleurs dysphagiques, compliquées quelquefois d'une cuisson locale. Mais ce ne sont pas là les seuls inconvénients de la galvano-cautérisation ; cette opération ne pouvant se faire en une fois, on est obligé, si l'on veut obtenir un bénéfice sérieux de l'intervention, d'y revenir à plusieurs reprises. Il peut arriver aussi, qu'à la suite de la cautérisation, il se forme une eschare plus ou moins volumineuse ; sa chute détermine parfois une ulcération qui, au lieu de se cicatriser, peut s'étendre et se transformer en une ulcération nettement tuberculeuse.

Les incisions et les scarifications préconisées par Moritz Schmidt pour combattre la dysphagie due au gonflement énorme de l'épiglotte et des aryténoïdes, ne constituent pas non plus un mode de traitement

recommandable. Ces incisions profondes faites au sein de tissus infiltrés exposent aux lésions des artères et peuvent amener de sérieuses pertes de sang. Les rapports anatomiques montrent aussi, que, si l'on prolonge l'incision à la partie externe des ligaments aryéno-épiglottiques vers la fosse pyriforme, on risque de léser les branches du nerf laryngé supérieur. Heryng fait à cette opération un autre reproche : si on enfonce le couteau profondément dans la substance des cartilages de Wrisberg ou de Santorini, il se développe peu après de violentes douleurs dans la nuque et les oreilles.

Quant à la trachéotomie qui a été aussi employée pour combattre la dysphagie chez des tuberculeux laryngés, nous ne pouvons comprendre comment elle agit ! D'ailleurs Percy Kidd, qui a pratiqué 4 trachéotomies dans des cas de tuberculose laryngée avec dysphagie intolérable, n'a pas trouvé que l'opération ait apporté la moindre atténuation à ce symptôme douloureux.

Nous venons de voir, par ce qui précède, que toutes ces médications n'avaient qu'une action insignifiante ou nulle sur la dysphagie des tuberculeux. Mais, il existe un autre mode de traitement véritablement chirurgical, qui consiste à enlever l'épiglotte et les aryénoïdes malades, dans les cas où ils sont le siège d'une tuméfaction considérable, d'une infiltration énorme, et, où, par leur volume ils deviennent un véritable obstacle à la déglutition. A l'aide de pinces de différentes formes, d'emporte-pièces et de curettes, on peut extirper, comme nous le montrerons dans le chapitre consacré à la technique opératoire de ce mode de traitement, ces masses infiltrées qui gênent l'ouverture pharyngo-œsophagienne et ne permettent pas le passage des aliments. Grâce à ce moyen dont l'efficacité n'est pas douteuse, de véritables succès sont obtenus, comme le prouvent la clinique, l'expérience et une série d'observations toutes concluantes, que nous avons pu recueillir dans le service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière.

Ce traitement de la dysphagie par l'extirpation de l'épiglotte et des aryénoïdes infiltrés peut paraître d'une efficacité paradoxale. Cependant plusieurs raisons militent en faveur de ce mode d'intervention, et permettent de comprendre quel bénéfice le malade peut en retirer. En effet, ces masses envahies par le processus tuberculeux constituent pour l'organisme de véritables corps étrangers dont la présence dans

le larynx est la cause d'une gêne extrême. Les aryténoïdes possèdent une muqueuse riche en filets nerveux, et dans laquelle viennent s'épanouir les extrémités terminales des nerf laryngés ; sous l'influence de l'inflammation, d'une véritable névrite, comme la tuberculose peut en produire, ces tissus infiltrés deviennent le siège d'une sensibilité très vive, d'une hyperesthésie douloureuse marquée surtout au moment du passage des aliments dans la déglutition. Ces douleurs si vives de la dysphagie peuvent, en effet, s'expliquer par les altérations des filets nerveux, qui, ainsi que M. le Dr Balzer l'a montré, subissent, dans leur structure même, des modifications histologique dues à l'irritation et à la compression au milieu des follicules tuberculeux. MM. Gouguenheim et Tissier ont aussi trouvé dans la phtisie laryngée des lésions des récurrents atteints de névrite, et se traduisant par une hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel, avec une prolifération d'éléments cellulaires à forme variable ; ces auteurs ont même constaté, dans certaines fibres nerveuses, la disparition complète du cylindre-axe.

Aussi il est facile de comprendre que l'extirpation des masses aryténoïdiennes infiltrées, en permettant d'enlever en même temps les extrémités nerveuses atteintes de névrite, soit le seul traitement qui puisse mettre un terme immédiat à toutes les souffrances de la dysphagie. Comme nous le montrerons plus loin, ce mode de traitement, dont l'effet est presque toujours certain, ne présente aucun inconvénient, et n'est jamais suivi d'accidents causés par l'opération.

Mais il semble qu'on puisse faire ici une objection, et adresser à ce traitement le reproche d'altérer gravement les fonctions physiologiques de la digestion et de la voix. L'expérience prouve qu'il n'en est rien. Magendie et Schiff ont montré que l'extirpation de l'épiglotte chez les chiens ne les gênait nullement pour avaler ; de même, la déglutition n'est pas entravée par l'absence des aryténoïdes. Leur disparition, loin d'être un obstacle à cet acte important, le favorise au contraire, quand ils deviennent malades. Rien ne prouve, d'ailleurs, que ces cartilages jouent un rôle dans la déglutition ; ils ne sont affectés qu'à la phonation, où leur importance devient capitale, puisque c'est d'eux surtout que dépend la mobilité des cordes vocales.

III. — *De la dysphonie et de son traitement.*

Le larynx est un organe dont le fonctionnement physiologique est si complexe, la structure si délicate, que la moindre altération peut amener des troubles sérieux dans l'émission de la voix. Une simple hyperhémie de la muqueuse, un léger gonflement catarrhal des cordes, sous l'influence du froid ou de la fatigue, suffit pour produire l'enrouement et l'aphonie. Dans la laryngite tuberculeuse, lorsqu'il ne s'agit encore que de lésions au début, telles que rougeur ou épaississement des cordes, les altérations vocales sont de peu d'importance : le timbre perd de sa pureté, et les notes élevées disparaissent. Mais si la maladie est à une période plus avancée de son évolution, si tout le larynx est envahi par le processus tuberculeux, à l'enrouement du début succèdent des modifications profondes de la voix, qui diminue rapidement et s'éteint.

De tous les symptômes fonctionnels que présente la phtisie laryngée, la dysphonie est un de ceux auxquels il est le plus difficile de porter remède. A la première période de la maladie les troubles vocaux peuvent quelquefois s'atténuer sous l'influence d'un traitement énergique à l'acide lactique ou au chlorure de zinc. Mais quand les lésions sont plus avancées, toute thérapeutique médicale échoue invariablement. Cependant, on a remarqué depuis longtemps, en dehors de toute lésion bacillaire, que le traitement chirurgical appliqué à combattre la dysphonie dans les cas de tumeurs bénignes avait donné les meilleurs résultats. Si un vulgaire papillome ou un petit fibrome dur des cordes vocales suffit pour faire disparaître la voix, l'extirpation à la pince la fait revenir d'une façon presque immédiate. Il en est de même dans la tuberculose laryngée, où la méthode opératoire réussit bien, quand les lésions sont bien limitées, et dans certaines formes spéciales de l'affection.

En effet, qu'un petit polype tuberculeux vienne à se développer dans un larynx normal en apparence, chez un individu présentant tous les dehors d'une santé parfaite, la voix sera bientôt altérée et deviendra enrouée, rauque, soufflée : si on extirpe chirurgicalement cette petite tumeur par la voie endolaryngée, les troubles phonétiques disparaîtront sans peine. De même lorsque le larynx est envahi par des

masses végétantes, implantées sur tous les points de son étendue, masquant les cordes vocales et empêchant les mouvements, si on se débarrasse par une opération de ces tissus envahissants, la voix profondément atteinte pourra recouvrer une partie de son intégrité. Dans la pachydermie interaryténoïdienne, l'épaississement marqué de la muqueuse, ainsi que les petites végétations verruqueuses qui se développent en cette région font perdre à ces cartilages leur mobilité, et les empêchent de s'écarter ou de se rejoindre sur la ligne médiane, amenant ainsi une gêne considérable dans l'émission de la voix. Ces saillies pachydermiques peuvent être enlevées par le curettage, tel que le pratique Heryng, en le faisant suivre de pansements cicatrisants et antiseptiques ; les cordes vocales retrouvent alors leur mobilité première et peuvent s'écarter et se rapprocher à volonté, permettant au malade de parler sans difficulté.

§ 1. — UTILITÉ DU TRAITEMENT CHIRURGICAL ENVISAGÉE SUIVANT LES
FORMES CLINIQUES DE TUBERCULOSE LARYNGÉE

Nous venons d'étudier les principaux symptômes fonctionnels qui se présentent dans le cours de la laryngite tuberculeuse, les accidents qu'ils déterminent et les moyens d'y remédier par un traitement chirurgical approprié. Nous plaçant maintenant à un point de vue plus clinique et plus précis, nous allons envisager cette question de l'intervention, suivant les différentes formes dont nous avons fait l'étude dans un chapitre précédent. Cette façon de considérer ce sujet permettra de montrer plus clairement les indications précises de toute opération, et les avantages qu'il est permis d'en attendre. C'est ainsi que nous devons exposer l'utilité de ce traitement en commençant par les formes cliniques où ses avantages sont inappréciables; discuter ensuite les cas où, avant toute intervention, il est nécessaire de bien établir la nature des lésions et de différencier les œdèmes non bacillaires, les laryngites œdémateuses, des véritables infiltrations aryténoïdiennes franchement tuberculeuses. Nous montrerons enfin que dans les cas où la tuberculose laryngée se présente seulement sous l'aspect d'ulcérations ou de gonflement des cordes vocales, le traitement chirurgical ne saurait facilement amender les troubles fonctionnels qui peuvent se produire.

I. — Formes cliniques où le traitement chirurgical a une utilité incontestable. — Il existe deux formes de tuberculose dans lesquelles les opérations endolaryngées rendent les services les plus signalés, où tous les symptômes fonctionnels créés par la maladie disparaissent avec une surprenante facilité : c'est dans les cas où les lésions sont circonscrites, où la structure anatomique du larynx n'est pas altérée, quand le processus tuberculeux n'a pas encore porté ses ravages dans la profondeur même des tissus, et surtout quand l'affec-

tion est nettement limitée au larynx, avec les troubles nuls ou légers de l'état pulmonaire. Ainsi, dans la forme polypeuse où une petite tumeur se développe en un point des cordes vocales simulant un polype bénin, au point de rendre l'erreur complète, en dehors de tout examen histologique, l'utilité de l'intervention opératoire ne saurait être mise en doute.

Il en est de même dans la forme papillomateuse où le larynx se trouve peu à peu envahi par de petites végétations qui, augmentant rapidement de nombre et de volume, finissent par amener l'obstruction de la fente glottique; toutes les fonctions physiologiques de l'organe se trouvent alors entravées, la voix est perdue, la respiration devient pénible, faisant craindre l'asphyxie, la déglutition elle-même est douloureuse. C'est dans de telles conditions que le curettage de la cavité peut amener une amélioration rapide dans l'état du malade. Cette utilité de l'opération est d'autant plus grande que l'état général est meilleur, que les lésions du parenchyme pulmonaire sont peu avancées; et s'il arrive que les poumons soient encore indemnes de toute atteinte du bacille, en s'appliquant à un nettoyage complet du larynx, sans laisser la moindre parcelle de tissu tuberculeux, on pourra espérer obtenir ainsi une guérison sérieuse et durable.

II. — Formes cliniques où le traitement chirurgical a une utilité très grande. — Nous avons seulement ici en vue le type scléro-végétant pachydermique. Nous savons que, sous l'influence de causes variées, telles que l'irritation ou la fatigue, le processus tuberculeux détermine un épaissement de la muqueuse au niveau de la région interaryténoïdienne avec saillies végétantes pouvant pénétrer dans la lumière de la glotte et donner lieu à des troubles respiratoires et vocaux d'une assez grande gravité. Le raclage, à l'aide de la curette tranchante, donne de très heureux résultats dans le traitement de ces altérations. Il est facile de comprendre que ces végétations gênent le passage de l'air, et donnent lieu à de fréquents accès d'oppression; que, par leur volume, elles empêchent le rapprochement des cordes vocales et nuisent à l'émission de la voix; cet épaissement de la muqueuse rend plus difficile le jeu des aryténoïdes dont dépend surtout le bon fonctionnement des cordes. Nous avons ainsi obtenu par le curettage un certain nombre de succès, pour des cas de pachy-

dermie nettement tuberculeuse, où la voix profondément altérée est redevenue normale, où les troubles respiratoires se sont rapidement amendés. Chez deux jeunes filles en particulier, atteintes de pachydermie tuberculeuse, le curettage a produit une telle amélioration que, non seulement les altérations fonctionnelles ont disparu, mais que même elles se trouvent actuellement dans un état de santé des plus prospères.

III. — **Formes où le traitement chirurgical a une utilité incontestable, mais ne s'impose qu'après un diagnostic différentiel.** — C'est du type de tuberculose laryngée caractérisée par l'infiltration de l'épiglotte et des aryénoïdes dont nous voulons parler ici. Cette forme de bacillose trouve dans le traitement par l'extirpation des masses infiltrées, les plus grands avantages. Cependant, si le diagnostic des formes habituelles de la phymie laryngée est en général facile, il y a des cas où la nature des infiltrations de l'épiglotte et des aryénoïdes ne se reconnaît pas à un simple examen, et il est nécessaire de n'intervenir chirurgicalement que lorsqu'on est sûr de se trouver en présence de lésions manifestement tuberculeuses.

Mais nous ne voulons pas entrer ici dans de longues considérations sur le diagnostic des différentes formes de la tuberculose laryngée, ni insister sur la confusion que peut engendrer sa ressemblance avec les états diathésiques du cancer ou de la syphilis, avec les manifestations du lupus, avec toutes les variétés de tumeurs bénignes du larynx. Notre but est plus restreint, et, comme nous venons de le dire, nous allons nous occuper seulement du gonflement œdémateux aigu qui simule une infiltration tuberculeuse, et peut donner lieu, dans l'application du traitement chirurgical, à de regrettables méprises.

L'aryénoïdite tuberculeuse a des points de ressemblance, en effet, avec un état particulier du larynx, qui peut se manifester sous l'influence de causes tout à fait étrangères à l'envahissement du bacille de Koch : c'est l'œdème aigu du larynx, tel que l'a décrit Charazac (1), dans une thèse remarquable.

D'après Doléris et Gouguenheim, dans le cours de la laryngite tuberculeuse, ce qu'on appelle œdème n'est autre chose qu'un développe-

(1) CHARAZAC. *Étude sur l'œdème aigu du larynx*. Thèse de Bordeaux, août 1885.

ment de tissu morbide, revêtant les apparences d'un gonflement séreux, sans trace de liquide, et constitué uniquement par une masse dure, formée aux dépens du follicule tuberculeux. Mais, si ces idées basées sur des études d'anatomie pathologique approfondies, ne sauraient être mises en doute dans les cas de bacillose avérée, il n'en est pas moins certain que l'œdème vrai du larynx peut se développer primitivement, sans être consécutif à une affection générale, à une fièvre grave, à un état dyscrasique, tel que l'albuminurie : il détermine alors des ulcérations laryngées semblables à celles de l'aryténoïdite, et donne un tableau clinique qui n'en diffère que par la rapidité d'évolution de tous ses symptômes.

L'infiltration d'un liquide inflammatoire purement séreux dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux, si elle se limite à la région des aryténoïdes et des ligaments aryténo-épiglottiques, simule alors une véritable aryténoïdite tuberculeuse, surtout quand cet accident se produit chez un individu dont l'état général n'est pas parfait, et qui présente dans ses antécédents quelque tare suspecte. En face de ces lésions manifestes, et pour combattre les signes fonctionnels sérieux de la dyspnée et de la dysphagie, on peut être tenté d'avoir recours au traitement chirurgical et d'extirper les masses infiltrées, alors que le seul traitement médical, ou plus simplement encore une prudente expectative suffit pour qu'on voit en peu de temps les accidents s'amender, et les altérations laryngiennes disparaître. Nous ne pouvons mieux faire que de citer, à cet égard, une observation très instructive que nous avons recueillie dans le service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière.

« B. E..., âgé de 29 ans, chauffeur au chemin de fer du Nord, entre le 16 septembre 1892, à la salle Lasègue, dans le service de M. Gouguenheim, remplacé par M. Lermoyez. Cet homme, dont l'état général paraît très fatigué, ne présente cependant aucun antécédent morbide ni personnel, ni héréditaire. Il est marié et a un enfant bien portant. Étant sur sa machine, par une nuit très froide, il a respiré pendant plusieurs heures de l'air glacé, et il s'est trouvé pris brusquement d'un violent mal de gorge. Depuis huit jours qu'il est malade, quand il se présente à nous, il n'a aucun trouble de la phonation. La difficulté qu'il éprouve pour avaler le décide à venir consulter à l'hôpital.

« A son entrée, on ne constate pas, à part la dysphagie, de troubles fonctionnels bien sérieux. La voix n'est pas enrouée, la respiration est normale, sans accès de suffocation. A l'examen laryngoscopique, on est d'abord frappé de l'intégrité du fond de la gorge; le voile et les piliers ont leur coloration normale sans trace d'angine. Mais, par contre, on aperçoit un gonflement très marqué de l'épiglotte et des aryténoïdes; les ligaments aryténo-épiglottiques participent aussi à l'infiltration sous forme de deux bourrelets assez volumineux. Les aryténoïdes offrent la forme de deux grosses cerises, séparées par un sillon médian, masquant presque complètement la glotte; leur couleur est d'un rouge vif, et leur mobilité presque nulle; l'aspect en est lisse, sans trace d'ulcérations.

« Le malade tousse peu, et les signes d'auscultation pulmonaire sont négatifs. Pas de bacilles dans les crachats. Pas d'albumine dans les urines. En présence de ces lésions, et sans le début brusque de la maladie on aurait pu croire à l'existence d'une aryténoïde tuberculeuse, survenant comme accident d'une tuberculose laryngée primitive; et, pour calmer la dysphagie qui était intense, on se trouvait alors autorisé à pratiquer l'extirpation des masses infiltrées.

« Mais dès le lendemain, et sans aucune médication, les douleurs diminuèrent, la respiration devint plus libre, la déglutition plus facile; à l'examen au miroir on pouvait voir que le gonflement était moindre, et la mobilité des aryténoïdes plus grande. Deux jours après, l'amélioration était telle, que la plupart des signes fonctionnels avaient disparu; on commençait déjà à apercevoir les cordes vocales un peu épaisses et rouges. Le malade se trouvant à peu près guéri, quitta l'hôpital, ne se plaignant plus que d'un léger enrouement. Quinze jours après, il revint à la consultation, et on constata seulement une rougeur persistante des cordes avec un peu d'enrouement de la voix. »

Cette observation nous paraît tout particulièrement intéressante, car il s'agit d'un cas de laryngite œdémateuse aiguë, simulant la forme aryténoïdienne de la tuberculose, et se présentant sous le même aspect laryngoscopique, et avec les mêmes signes cliniques.

C'eût été, certes, une œuvre inutile, nuisible même, que de se hâter d'intervenir chirurgicalement, puisque toutes les lésions devaient

céder spontanément, sans la moindre thérapeutique ; en extirpant les aryténoïdes, en grattant l'épiglotte, on eût risqué d'amener des altérations sérieuses du larynx pour combattre des troubles légers, et le remède eût été pis que le mal.

Cependant, dans le cas dont nous venons de parler, il est possible de faire quelques réserves, car cette poussée inflammatoire aiguë n'a peut-être pas pour cause primordiale un simple refroidissement. Ce gonflement anormal des aryténoïdes, cette persistance de l'enrouement et de la rougeur des cordes vocales, tout permet de supposer que ces troubles passagers se sont développés sur un terrain déjà atteint dans sa profondeur, et ne sont que le signe avant-coureur d'une laryngite bacillaire dont l'éclosion devra se faire dans un avenir peut-être non éloigné.

Quoi qu'il en soit, on voit de quelle importance, est dans le traitement chirurgical des infiltrations tuberculeuses du larynx, le diagnostic précis des lésions. La laryngite œdémateuse primitive est une affection rare, mais qui, néanmoins, a sa place marquée dans le cadre nosologique, comme l'a démontré Charazac. En raison de ses rapports avec l'aryténoïdite, il est nécessaire d'insister quelque peu sur ses principaux symptômes et de montrer comment elle diffère des formes d'infiltration tuberculeuse, afin d'éviter ainsi toutes les causes d'erreur qui pourraient se produire dans le choix d'un traitement.

L'œdème aigu primitif se présente peu souvent, au point que Sestier n'a pu en décrire que deux cas, et que Masséi (1) de Naples l'a nié en voulant en faire toujours une lésion érysipélateuse du larynx.

Les traumatismes et surtout le froid en sont les véritables causes occasionnelles ; l'action du froid ne saurait être révoquée en doute, et c'est surtout chez les individus exposés à un courant d'air continu, tels que les mécaniciens et les chauffeurs de chemin de fer, que cette affection se déclare. La voix est peu altérée, le plus souvent légèrement enrouée, à cause du catarrhe des cordes vocales. Les troubles respiratoires constituent le signe le plus grave de la maladie, en raison du gonflement de la partie supérieure du larynx qui ferme la glotte et détermine l'asphyxie. Mais il peut exister un gonflement énorme des ligaments aryténo-épiglottiques et des aryténoïdes, sans que les trou-

(1) MASSÉI. *Eresipela delle laringe*, Naples, 1885.

bles de la respiration soient bien accentués ; c'est ce que nous avons vu chez le malade dont nous avons parlé plus haut ; il en était de même dans un cas de Mouré (1), où l'infiltration considérable de la partie postérieure du larynx, n'avait pas déterminé la moindre gêne respiratoire. La dysphagie n'est pas toujours très marquée, et la douleur souvent spontanée donne la sensation pénible d'un corps étranger qui obstruerait le pharynx.

Quant aux signes généraux, ils se traduisent généralement par du malaise, un frisson plus ou moins prolongé, une fièvre peu intense. Souvent ils peuvent passer inaperçus, et les signes du côté du larynx sont les premiers qui se manifestent. Lorsque l'infiltration au lieu d'être séreuse devient purulente, se transformant en un véritable phlegmon, les signes généraux prennent une gravité plus grande, et la température peut s'élever à 40°. Les symptômes objectifs sont ceux de toutes les infiltrations du larynx, et ne donnent à la maladie aucun caractère spécial. La marche de la laryngite œdémateuse est en général rapide, mais, dans certains cas son évolution est assez longue, dépassant deux à trois semaines. Cette affection n'aboutit pas fatalement à la mort, comme le croyait Sestier, qui ne connaissait que les cas sérieux, tels que les œdèmes secondaires, survenant dans la tuberculose ou les états dyscrasiques graves.

Dans la tuberculose laryngée à forme infiltrée, dans le pseudo-œdème où les follicules tuberculeux remplissent la trame du tissu hypertrophié, les symptômes se rapprochent considérablement de l'affection précédente. La forme aryténoïdienne est celle qui peut donner lieu à l'erreur la plus grande, mais elle se distingue, cependant, par certains signes qui permettent de bien en établir la nature. En général, son début est lent, mais, par suite d'une rapide infiltration de la paroi postérieure du larynx, les signes fonctionnels se déclarent parfois brusquement. C'est chez un individu entaché de tuberculose pulmonaire que la maladie apparaît d'ordinaire ; mais il n'est pas rare de voir l'aryténoïdite marquer le début de l'invasion de l'organisme par le bacille de Koch. Les troubles fonctionnels sont plus ou moins caractérisés : la voix enrouée, rauque, parfois éteinte, dépend de l'état des cordes vocales, du gonflement des aryténoïdes, et de leur

(1) MOURÉ (de Bordeaux). *Recueil clinique sur les maladies du larynx*.

plus ou moins de mobilité. Les troubles respiratoires sont variables, mais ils sont souvent moins profonds et moins soudains que dans la laryngite œdémateuse aiguë. La dysphagie dans la tuberculose laryngée infiltrée est toujours très marquée, alors que dans le simple œdème elle peut faire complètement défaut. La douleur est aussi plus violente ; elle s'accompagne d'une toux persistante, déterminée par les lésions pulmonaires ; enfin dans la tuberculose laryngée, on reconnaît dans les crachats la présence du bacille de Koch.

Qu'elle soit due à une simple extravasation de sérosité dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux, ou, au contraire, qu'elle reconnaisse pour cause la néoformation de produits tuberculeux, l'infiltration du larynx donne lieu à plus d'une erreur dans l'appréciation d'un diagnostic exact. Ce diagnostic a une importance extrême dans la question du traitement. C'est ainsi, en résumé, que l'extirpation des aryténoïdes, méthode chirurgicale excellente dans l'aryténoïdite tuberculeuse, serait au contraire des plus nuisibles dans la laryngite œdémateuse qui peut guérir spontanément, ou réclame des soins d'une autre nature.

IV. — Forme où le traitement chirurgical, palliatif des troubles fonctionnels, a une efficacité nulle. — Les ulcérations laryngées étendues et profondes, qui ont déterminé des altérations fonctionnelles graves ne sont guère justiciables du traitement chirurgical. Il est vrai que Krause et Heryng ont pu par le curettage des ulcérations tuberculeuses, détruire des tissus de mauvaise nature, et leur substituer des ulcérations simples. Mais, quand des ulcérations profondes ont modifié la structure des cordes vocales, les troubles de la phonation ne sont pas susceptibles d'être amendés. Malgré tous les efforts faits pour amener la destruction des ulcères, on ne saurait rétablir le libre fonctionnement des cordes, et faire revenir la voix. D'ailleurs, dans le type ulcéreux, la dysphonie est le seul trouble important, auquel il soit difficile de porter remède. De plus, quand les cordes vocales ne sont pas encore à la période d'ulcération, que la rougeur seule, ou un léger épaississement, marque le début de l'affection, le traitement chirurgical ne peut dans ces cas avoir la moindre utilité.

Après avoir exposé les différentes formes de tuberculose laryngée, justiciables du traitement chirurgical, nous allons maintenant aborder l'étude technique des procédés opératoires qu'on doit mettre en œuvre. Mais, avant toute autre chose, il est indispensable de faire une description succincte des instruments nécessaires aux interventions. Suivant que la maladie revêt tel ou tel type, les instruments et les procédés diffèrent, et on comprend sans peine qu'on ne pourra traiter chirurgicalement par les mêmes moyens une infiltration diffuse de toute la région, comme une simple végétation bacillaire limitée aux cordes vocales.

I. — **Description des instruments.** — 1° *Instruments nécessaires à l'extirpation des végétations polypiformes et scléro-végétantes.* — Lorsque la tuberculose se présente sous forme de petites tumeurs telles que les polypes d'Avellis, ou les végétations verruqueuses de la pachydermie interaryténoïdienne, faisant saillie entre les cordes vocales, les instruments à employer sont les mêmes que ceux dont on se sert pour enlever les papillomes et les fibromes de nature bénigne. Nous allons les énumérer brièvement, car leur nombre en est assez considérable.

Les pinces de Mackenzie sont de longues pinces à deux branches, de différents modèles, coudées à angle droit, dont l'extrémité destinée à être introduite dans le larynx est plus mince que l'autre qui, au contraire, est épaisse et lourde. A l'extrémité laryngienne, elles se terminent par de véritables cuillères qui peuvent être toutes deux tranchantes, ou bien l'une est seule tranchante, tandis que l'autre est aplatie ; elles peuvent s'ouvrir d'avant en arrière, ou latéralement, suivant le besoin et la position de la tumeur à enlever.

La pince de Fauvel ressemble à la précédente, mais elle est plus forte et plus longue.

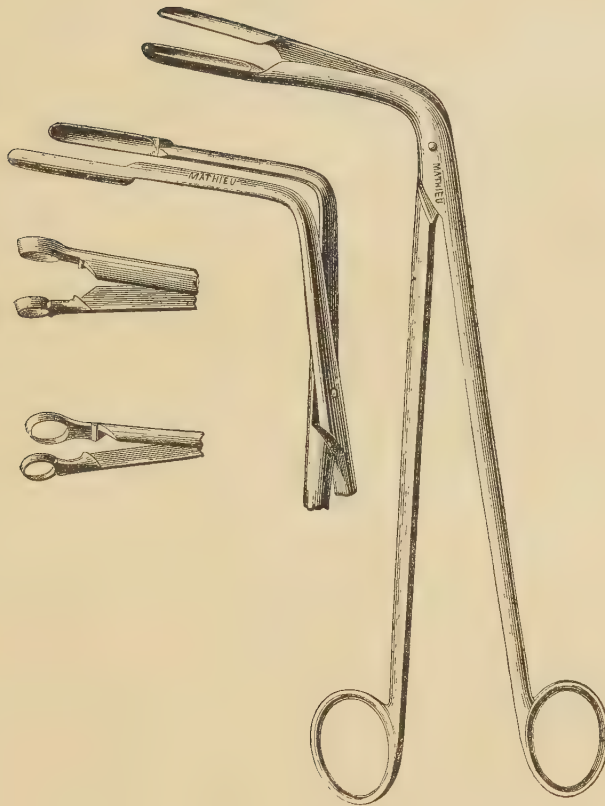
Pour lui donner plus de solidité, elle est munie, à chaque anneau de la poignée, d'un mors qui permet aux branches de rester fermées quand on tient la tumeur.

La pince coupante de Gouguenheim se rapproche de celle de Mackenzie, mais elle en diffère par sa longueur plus grande et son poids plus lourd. Cet avantage est considérable, car les instruments minces et courts sont trop mobiles et ne peuvent être tenus facilement en main. L'extrémité laryngienne coudée à angle obtus se termine par deux longues cuillers à bords très tranchants qui se juxtaposent complètement au moment où on les rapproche. Ces cuillers ayant une longueur de plus de deux centimètres peuvent être enfoncées profondément dans le larynx, et permettent de bien se tenir dans la glotte, et d'aller chercher même les tumeurs profondes ; de plus, par leur écartement, elles dilatent le larynx, n'entravent pas la respiration, ce qui a souvent lieu avec des instruments plus petits qui obstruent l'orifice et déterminent du spasme et de la dyspnée.

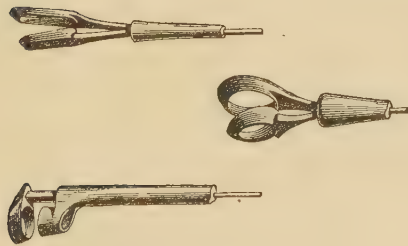
Les pinces de Schroetter sont formées d'une tige creuse, montée sur un manche solide ; ce tube se termine par un mors fixe soudé à angle droit ou obtus ; il est traversé en outre par une tige métallique munie d'un autre mors ; à l'aide d'une coulisse fixée au manche on élève ou abaisse la tige intérieure, et les deux mors se rapprochent ou s'écartent. Le manche de cet instrument est oblique sur la tige, et permet à la main de l'opérateur d'être en dehors du rayon visuel et de ne pas masquer l'orifice glottique.

La pince à canule de Gottstein se compose d'une poignée en forme de ciseaux et d'un tube creux terminé à sa partie inférieure par une cuillère à bords dentelés ; dans ce tube se trouve une tige solide terminée par une autre cuillère du même genre. Le mouvement des deux branches de ciseaux fait jouer le tube interne et rapproche ou éloigne les deux cuillères.

Suarez de Mendoza a modifié dernièrement les pinces laryngiennes ; pour permettre de voir pendant l'opération à l'intérieur du larynx, il a fait construire une pince dont la partie médiane des branches est évidée. Les écraseurs peuvent aussi servir à cette opération, mais ils doivent être d'un emploi peu recommandé, car leur maniement est difficile. Les principaux sont ceux de Tobold, de Gibbs, de Johnson, etc.



Pince à emporte-pièce et pince de Gouguenheim.



Instruments de Krause.

La guillotine de Stoerk peut aussi servir à enlever les végétations laryngiennes ; elle se compose d'un tube conducteur creux dans lequel se trouve un fil terminé par un anneau tranchant ; à l'aide d'une coulisse fixée à la poignée de l'instrument, l'anneau tranchant placé dans la tumeur peut être relevé et la section est ainsi faite.

2° *Instruments nécessaires à l'extirpation des masses infiltrées limitées : aryténoïdites.* — Lorsque l'infiltration tuberculeuse se limite à la région aryténoïdienne pour constituer l'aryténoïdite simple, on peut enlever les masses infiltrées à l'aide des pinces que nous venons de décrire précédemment. Pour notre part, les instruments dont nous avons fait usage et qui suffisent à cette opération sont les pinces coupantes de Gouguenheim et l'emporte pièce du même auteur.

Nous ne décrivons pas de nouveau les pinces coupantes dont nous avons parlé plus haut. Quant à la pince emporte-pièce, elle ne diffère de la précédente, que par son extrémité laryngienne qui, au lieu de se terminer par deux cuillères tranchantes, présente deux petites cupules arrondies de grandeur différente, de façon à pouvoir se pénétrer au moment du rapprochement des branches ; leurs bords sont très tranchants et permettent d'enlever une véritable rondelle de tissu altéré.

Mackenzie a modifié l'extrémité de ses pinces qui peuvent aussi se terminer en emporte-pièce ; mais, outre la moindre épaisseur des branches qui le font différer des précédentes, l'emporte-pièce a une forme non ovale mais allongée, et les bords ne se pénètrent pas.

3° *Instruments nécessaires au curettage du larynx (curettage des Berlinoises).* — Ce curettage se pratique pour les formes d'infiltration diffuse, telles que l'aryténo-épiglottite, dans les cas d'ulcérations étendues, ou de masses végétantes développées en tous les points du larynx, épiglote, sommet des aryténoïdes, etc.

Les instruments employés pour le curettage du larynx sont nombreux. Les curettes destinées à cet usage peuvent être simples ou doubles.

Les curettes simples sont surtout celles de Heryng et de Krause, qui ont les premiers pratiqué les opérations chirurgicales dans la phtisie laryngée.

Voici la description donnée par Heryng de son instrument (1). « Le

(1) HERYNG. Curabilité de la phtisie du larynx (1888).

principe de ma curette consiste en ce que le tranchant est oblique, la cuillère elle-même est recourbée, son manche est épais, massif et n'est pas flexible. Ce manche épais, en bois ou en caoutchouc durci, contient une tige presque ronde, qui, au moyen d'une vis, peut être allongée ou raccourcie à volonté. Elle diminue peu à peu d'épaisseur, et à l'extrémité antérieure, se transforme en une branche courbée qui devient horizontale et se termine par une vis disposée de telle façon que l'on peut donner à volonté toutes les positions aux curettes et aux couteaux, ce qui ne peut être obtenu avec un pas de vis ordinaire. Les curettes sont faites en quatre grandeurs, et elles possèdent une courbure différente plus ou moins prononcée. Leur tranchant est oblique, agit comme un couteau, et permet d'enlever de la profondeur d'assez grandes quantités de tissu. »

La curette simple de Krause ressemble à celle de Récamier, mais elle est appropriée à la courbure du conduit bucco-trachéal; mais elle est d'un emploi moins commode que celle de Heryng, car son manche mince et flexible ne permet pas d'agir avec une force suffisante.

Les instruments précédents sont utiles, lorsqu'il faut agir sur un point fixe, comme la face antérieure des aryténoïdes, la base de l'épiglotte; mais lorsque les parties sont mobiles comme l'extrémité de l'épiglotte, le sommet et la face postérieure des aryténoïdes, il est évident qu'on ne peut exercer une pression suffisante pour racler la surface malade. On a donc, pour obvier à cet inconvénient, imaginé d'autres instruments qui permettent de saisir et d'enlever, malgré leur manque de fixité, tous les tissus altérés.

La curette double de Krause est formée par un tube creux dans lequel est enfermée une autre tige solide, se continuant par deux petites tiges en acier que terminent deux cupules rondes ou ovales, fenêtrées. Leurs bords sont tranchants, et elles s'écartent l'une de l'autre quand les tiges d'acier sont poussées hors du tube creux, et elles viennent en contact quand les tiges sont attirées dans l'autre sens. La tige conductrice est mue par une coulisse adaptée au manche de l'instrument ou encore par une pédale qui permet de se servir seulement du pouce, et d'éviter un trop grand mouvement de la main favorisant ainsi la sûreté de l'opération.

La double curette de Gouguenheim diffère de la précédente en ce

que les petites cupules qui la terminent sont de grandeur inégale et peuvent s'emboîter réciproquement ; cette condition permet d'agir sur les tissus avec plus de force et d'enlever les morceaux malades avec plus de facilité.

La curette annulaire de Landgraff se rapproche de la pince de Schroetter : elle se termine par deux cupules fenêtrées rondes, à bords tranchants, placées perpendiculairement sur la tige ; elle agit comme un véritable emporte-pièce et permet d'enlever de véritables rondelles de tissu ; elle trouve surtout son emploi dans les cas d'infiltration et d'ulcérations des cordes vocales supérieures.

II. — Technique des opérations. — Après avoir fait la description des instruments, nous arrivons au manuel opératoire qui variera suivant les formes de laryngite tuberculeuse. Mais avant toute intervention chirurgicale, il est nécessaire de chercher à obtenir une antiseptie aussi complète que possible de la région sur laquelle on doit opérer. Ensuite, après l'opération, des soins consécutifs sont indispensables à la cicatrisation rapide de la plaie opératoire, et à la guérison des lésions. Nous allons donc, procéder par ordre et étudier successivement : 1° Les soins préliminaires et antiseptiques ; 2° l'opération même ; 3° les pansements consécutifs.

1° AVANT L'OPÉRATION. SOINS ANTISEPTIQUES. — Le larynx d'un tuberculeux, surtout dans les cas d'ulcération ou d'infiltration diffuse, est en général tapissé de mucosités purulentes, de crachats remplis de bacilles, venus des bronches par l'expectoration. La muqueuse avec tous ses replis anfractueux est recouverte ainsi de produits septiques qu'il est nécessaire de faire disparaître le plus complètement possible. De plus, en dehors même du bacille de Koch, qui se colonise dans les ulcérations de la surface, et dans les infiltrations de la profondeur, les micro-organismes de toute nature qui pullulent normalement dans la cavité buccale sont susceptibles d'envahir le larynx, et, s'ils parviennent à se frayer une voie à travers la muqueuse exulcérée, ils peuvent donner lieu à des suppurations étendues, déterminer des phlegmons et des périchondrites de la plus grande gravité.

Avant toute opération, il est donc indispensable de faire un véritable nettoyage de la cavité laryngienne, et de chercher à aseptiser la muqueuse par tous les moyens possibles. Il en est deux en particu-

lier, qui peuvent être mis en œuvre pour arriver à ce résultat : les insufflations de poudres antiseptiques et les irrigations de substances désinfectantes.

A l'aide d'un simple tube de verre que l'on remplit de poudre d'iodoforme très fine, on fait une insufflation sur les parties malades deux à trois fois par jour, pendant la semaine qui précède l'opération.

Un autre moyen, plus simple encore, consiste à faire faire par le malade lui-même le nettoyage de son larynx : portant à ses lèvres le tube de verre rempli d'iodoforme, il fait une aspiration rapide, et la poudre entraînée par l'air, pénètre dans le larynx où elle vient tapisser la muqueuse. Ce traitement répété pendant une huitaine de jours suffit pour transformer l'aspect de la muqueuse qui devient lisse, et ne présente plus de mucosités adhérentes.

Les irrigations faites à l'aide de la seringue de Behaag remplissent le même but ; on peut injecter chaque jour pendant une semaine une solution d'huile créosotée au dixième, ou d'huile mentholée au vingtième ; on injecte chaque fois le contenu de la seringue qui est d'environ trois centimètres cubes. On doit avoir soin de ne pas franchir avec le bec de l'instrument la fente glottique, car alors le liquide tomberait dans les bronches et le but serait manqué ; il faut, au contraire, le laisser tomber doucement au-dessus des aryténoïdes et de l'épiglotte, d'où il pourra ensuite couler dans tout le larynx. Ce mode de désinfection est préférable à l'emploi du pinceau qui ne peut être manié qu'avec une certaine rudesse, et risque, par le frottement, d'irriter les parties malades.

2° MODES OPÉRATOIRES. — Lorsque la cavité laryngienne a été pendant huit jours nettoyée d'une façon régulière, et débarrassée de tous les produits, mucosités et crachats, qui l'encombrent, on peut sans crainte arriver à l'opération, qui variera suivant la nature et le siège des ulcérations laryngées. L'opération doit se faire de préférence le matin, le malade étant à jeun, pour éviter les vomissements réflexes ; avant de commencer, on fera un dernier pansement à l'huile créosotée qui achèvera de nettoyer la cavité.

Mais, avant d'agir, il est nécessaire d'obtenir l'anesthésie absolue de la muqueuse, que l'on obtiendra à l'aide d'une solution forte de chlorhydrate de cocaïne au 1/5 ; on peut aussi faire usage de la solution plus concentrée au 1/3, mais il faut l'employer avec prudence,

pour éviter les accidents d'intoxication cocaïnique. Pour cette anesthésie, on se servira du simple pinceau d'ouate laryngien, ou du porte-éponge trempé dans le liquide et porté sur la muqueuse; on devra maintenir autant que possible le contact pendant une minute pour obtenir une complète insensibilité. Le pinceau de blaireau est aussi très employé pour le même usage, mais il faut veiller à sa solidité, de peur que des poils se détachant ne viennent à tomber dans le larynx.

Le mode d'éclairage nécessaire a peu d'importance pourvu qu'on ait à sa disposition une source de lumière suffisante; on peut parfaitement se contenter du simple bec de gaz et du miroir réfléchissant. La lampe de Drummond (lumière oxyhydrique) donne une source de lumière remarquable, mettant bien en évidence le champ opératoire.

Il ne faut pas non plus oublier que les instruments dont on doit se servir, demandent à être dans un état de complète asepsie; on pourra, au moment d'opérer, après les avoir stérilisés par l'ébullition dans l'eau, les tremper dans un récipient contenant une solution d'acide phénique au 1/100, ou d'acide borique à saturation. Toutes ces conditions étant remplies, on peut alors procéder à l'opération.

Nous allons décrire le mode opératoire nécessaire dans chacune des formes de tuberculose laryngée.

a) *Extirpation des tumeurs tuberculeuses limitées, des pseudo-polypes, des végétations pachydermiques.* — La technique est la même ici que pour l'extirpation des polypes bénins. Les instruments à mettre en œuvre et que nous avons décrits sont les pinces de Mackenzie, de Fauvel, de Gouguenheim, etc.

A l'aide du miroir placé sur le voile du palais, on fait pénétrer l'instrument dans le larynx, et on arrache simplement la petite tumeur.

Le choix des pinces latérales ou antéro-postérieures variera avec la situation des tissus à enlever.

La pince coupante de Gouguenheim présente le grand avantage de pouvoir pénétrer profondément dans la cavité glottique, en raison de la longueur de ses branches, et de maintenir libre le passage de l'air quand elles sont écartées, de sorte qu'on peut laisser l'instrument en place pendant quelques instants, sans déterminer chez le malade de spasme ni d'étouffement.

b) *Extirpation des aryénoïdes.* — C'est à l'aide des pinces laryn-

giennes que se pratique cette opération. L'instrument de choix est la pince coupante, ou l'emporte-pièce si les tissus sont trop durs. L'anesthésie étant absolue pour éviter et les spasmes réflexes et la douleur provoquée par l'opération, on fait pénétrer, en ayant toujours les yeux fixés sur le miroir, les pinces jusqu'à l'entrée du larynx ; là, on écarte légèrement les branches, en faisant passer l'une en avant, l'autre en arrière de l'aryténoïde à enlever ; quand l'instrument est ainsi bien mis en place, on serre fortement les branches, et on retire la pince en produisant un mouvement brusque d'arrachement ; il est nécessaire de déployer un certain effort, car ces masses volumineuses ne cèdent pas facilement à un simple mouvement de l'instrument. On peut par ce procédé enlever des morceaux énormes de tissu infiltré. Dans une même séance on peut ainsi faire quelques prises, et si les deux aryténoïdes sont en même temps malades, on peut les retirer l'un après l'autre. Il est vrai que dans cette opération on n'enlève pas radicalement les cartilages aryténoïdes, sauf dans les cas de périchondrite suppurée, mais on retire tous les tissus infiltrés et hyperplasiés qui environnent ces cartilages ; dans la plupart des morceaux extirpés on retrouve des débris de cartilages de Santorini, avec des follicules tuberculeux contenant leurs bacilles et leurs cellules géantes.

a) *Curettage du larynx dans les cas d'infiltration diffuse et de masses végétantes.* — Lorsque les altérations tuberculeuses ne se montrent pas sous la forme de petites tumeurs ou d'infiltrations bien limitées, et qu'il n'est pas possible de les enlever à l'aide des pinces ordinaires, on devra avoir recours au curettage appelé encore curettement par les Allemands, évidemment par Heryng de Varsovie. C'est Heryng qui, le premier avec Krause, a pratiqué le curettage du larynx. Voici la description qu'il fait de cette opération. « Après une anesthésie complète, l'instrument est introduit à l'aide du laryngoscope et appliqué dans le tissu pathologique ou sur les bords hypertrophiés ; alors la partie dégénérée est enlevée avec une certaine force vers le haut, par un mouvement assez rapide. Il ne faut pas pratiquer de mouvements successifs de scie, car l'instrument doit enlever des masses de tissu situées profondément, et non racler la surface, ce qui serait tout à fait inutile. Dans les plus grandes excroissances, en forme de champignons, de la paroi postérieure du larynx, j'emploie un cou-

teau triangulaire fenêtré, analogue à celui de Gottstein, qui m'a rendu de bons services dans l'enlèvement des tumeurs adénoïdes. Il facilite l'enlèvement de plus grandes excroissances ; le maniement est le même que celui de la curette. »

Avec l'instrument de Heryng, il est facile d'enlever de grosses masses de tissu altéré, mais l'emploi de cet instrument nécessite une certaine habitude opératoire. Il est nécessaire, quand l'instrument a bien pénétré dans le larynx, de presser son extrémité assez fortement au niveau du point sur lequel on veut agir, puis de le retirer par un brusque mouvement. Au niveau de la partie coupante dans la petite cupule, se trouve alors un morceau du tissu malade qui a été déchiré.

La curette de Heryng et celle de Krause sont très utiles, lorsqu'il s'agit seulement de gratter des parties fixes, comme la paroi postérieure du larynx, les bandes ventriculaires, ou la base de l'épiglotte. Mais si les altérations siègent en des points différents, tels que le sommet ou la partie postérieure des aryténoïdes, les deux faces de l'épiglotte, il n'est plus possible de se servir de ces instruments, car ils ont besoin pour exercer leur action de trouver un point d'appui sur une surface résistante ; la pression exercée par la curette sur les parties malades les repousse et leur permet d'échapper à la lame tranchante ; en effet, le sommet de l'épiglotte, par exemple, en raison de sa mobilité ne pourrait être cureté avec l'instrument simple de Heryng.

On se sert alors de curettes doubles, telles que celles de Krause ou de Gouguenheim, qui ne sont en somme que de petites pinces coupantes ; en les maniant convenablement, on peut avec elles enlever de véritables rondelles de tissu malade.

On peut pratiquer dans une même séance plusieurs prises sur le larynx malade, mais il est nécessaire de refaire chaque fois un badigeonnage à la cocaïne pour maintenir l'anesthésie de la muqueuse qui n'est que transitoire, et, avant de faire pénétrer l'instrument, on doit s'assurer par le toucher que cette anesthésie est bien obtenue.

Doit-on curetter un larynx en une seule séance en répétant les prises un nombre suffisant de fois pour faire disparaître tous les tissus malades ? Il n'est pas à cet égard de règles précises et bien établies, mais il est facile de comprendre qu'il serait un peu téméraire de vouloir tenter un nettoyage total de la cavité laryngienne en une seule fois, surtout quand les lésions sont étendues et profondes. Plusieurs rai-

sons, en effet, exigent que le nombre des séances soit répété, en laissant même entre chacune d'elles un certain laps de temps.

Quand un larynx est envahi par une quantité de petites végétations, que les parties essentielles sont infiltrées et ulcérées, il ne serait pas possible de faire disparaître en une seule opération toutes les altérations tuberculeuses.

Le malade, d'ailleurs, ne pourrait sans doute pas supporter, pendant un temps assez long, sans fatigue, et peut-être même sans danger, le contact prolongé des instruments. La muqueuse irritée finirait, malgré l'action calmante de la cocaïne, par réagir sous le frottement de la curette, et il pourrait s'ensuivre un spasme du larynx avec des accidents d'asphyxie consécutive. La prudence conseille donc de faire seulement dans l'organe malade quelques prises espacées, puis d'ajourner une nouvelle opération à une semaine d'intervalle. Pendant ce temps le larynx se sera reposé ; l'inflammation résultant du choc opératoire sera dissipée, et le malade plus courageux et plus confiant se prêtera de meilleure grâce à de nouveaux essais. Mais il y a des cas où il n'est pas nécessaire de faire l'opération en plusieurs séances, lorsqu'il s'agit, par exemple, de tumeurs tuberculeuses bien limitées ou de végétations isolées, qu'on peut enlever radicalement en deux ou trois coups de pince, sans prolonger l'opération.

Par une série d'interventions méthodiques et consciencieuses, on peut arriver à débarrasser le larynx de tous les produits tuberculeux qui l'ont envahi. Le curettage ne mettant pas à l'abri des récidives, il est nécessaire de suivre attentivement les modifications possibles dans l'état de la muqueuse laryngée, et d'avoir recours de nouveau au traitement chirurgical aussitôt que les lésions ont tendance à se reproduire. Pour être suivi de quelques succès, le grattage doit porter sur tous les points atteints. Mais cette opération peut être utile aussi lorsqu'il s'agit d'atteindre des parties profondes, des dépôts de follicules tuberculeux cachés sous la muqueuse, car en enlevant les couches superficielles à la curette, on met à découvert les lésions bacillaires, et il est alors possible de les détruire en y appliquant une substance caustique, comme le naphthol camphré ou l'acide lactique.

Le curettage bien appliqué peut donc, dans un grand nombre d'altérations laryngées d'origine tuberculeuse, rendre des services

signalés. D'ailleurs à ce propos nous ne pouvons mieux faire que de citer les quelques lignes dans lesquelles Heryng résume toute sa méthode : « Nous devons nous efforcer de limiter l'infiltration tuberculeuse dans sa période initiale, d'empêcher son extension et son passage à la période de ramollissement, de la localiser si la destruction est d'origine récente, et enfin de déterger les ulcérations. Des gonflements inflammatoires et des hyperhémies, aussi bien de la muqueuse que du périchondre, doivent être combattus ; en un mot, il faut tenter de transformer un ulcère tuberculeux en un ulcère de bonne nature ».

3° APRÈS L'OPÉRATION. PANSEMENTS CONSÉCUTIFS. — Aussitôt après une opération faite sur le larynx, il est indispensable d'appliquer au niveau de la plaie un pansement antiseptique, qui la mette à l'abri d'une infection secondaire et contribue à en déterminer rapidement la cicatrisation. Krause et Heryng ont toujours fait suivre le curettage d'un badigeonnage à l'acide lactique, qui joint à ses propriétés antiseptiques l'avantage d'être un caustique énergique. Dans le service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière nous avons constamment, à la suite de toutes ces opérations endolaryngées, employé le naphtol camphré dont les résultats ont toujours été satisfaisants. Cet agent médicamenteux est un antiseptique puissant, agissant avec succès sur les ulcérations tuberculeuses. Nous rappelons, à ce propos, l'intéressante observation de M. Fernet dont nous avons parlé ultérieurement, et dans laquelle il citait les merveilleux effets du naphtol camphré, qui avait, chez une jeune fille, amené la guérison rapide d'ulcérations tuberculeuses du pharynx et de la base de la langue, restées rebelles au traitement par l'acide lactique. Le pansement au naphtol camphré peut se faire à l'aide du pinceau ouaté ou du porte-éponge que l'on trempe dans le liquide et que l'on porte légèrement sur la plaie opératoire. On fait suivre enfin cet attouchement d'une insufflation de poudre d'iodoforme ou d'une injection d'huile créosotée pour achever de nettoyer la cavité du larynx.

Le malade est ensuite mis au repos, et il doit garder le silence pendant quelques heures pour éviter toute fatigue de l'organe de la voix. Afin de calmer les douleurs qui pourraient survenir, et éviter tout danger d'hémorrhagie, il faut lui faire sucer de temps à autre dans la journée de petits morceaux de glace, et lui recommander de ne

prendre que des boissons froides ; comme régime alimentaire, on le mettra en même temps au bouillon et au lait.

Pendant toute la semaine qui suivra, et avant toute nouvelle opération, on devra répéter chaque matin le pansement du larynx, soit les insufflations de poudre d'iodoforme, soit les irrigations d'huile créosotée.

§ 3. — CONSIDÉRATIONS SUR LESQUELLES ON DOIT BASER LA MÉTHODE
OPÉRATOIRE. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Malgré les grands avantages que l'on peut retirer du traitement chirurgical dans la tuberculose laryngée, ce serait une erreur, une faute grossière de vouloir généraliser cette méthode, et de traiter à l'aide des mêmes moyens tous les cas, sans établir entre eux de distinction. Si la plupart des formes de phymie laryngée sont justiciables de la chirurgie, tous les malades ne le sont pas.

Il est en effet nécessaire de réserver cette méthode de traitement, pour les individus, dont l'état général est encore bon, qui n'ont pas d'altérations pulmonaires trop avancées, et, par contre, de s'en abstenir complètement chez les gens arrivés à la période ultime de la maladie. On ne doit donc pas opérer les tuberculoses avancées, à moins que leurs lésions laryngées ne soient très graves, et ne menacent l'existence à bref délai.

Ici le rôle du médecin ne sera plus de guérir, mais de soulager ; et, ce ne sera pas une œuvre nuisible que d'avoir fait cesser pendant un temps très court, il est vrai, les souffrances de malheureux malades, et d'avoir adouci ainsi leurs derniers jours.

D'après Charter Symonds (1), les cas opératoires les plus favorables sont : 1° ceux où il n'y a pas d'affection pulmonaire ; 2° ceux où la dysphagie domine, avec une affection des poumons, mais se développant lentement. A son avis, le but opératoire est de guérir la toux et la dysphagie, d'améliorer l'état général en rendant la déglutition plus facile ; de diminuer la possibilité de l'affection pulmonaire ; enfin de produire une guérison plus rapide dans les cas disposés à guérir spontanément.

Mais si les lésions doivent être aussi limitées que possible, avec un

(1) CHARTER SYMONDS. Traitement des affections du larynx dans la tuberculose. *Jour. of Laryng. and Rhin.*, 1890.

état général assez bon pour favoriser la réussite de l'intervention, d'autres conditions sont encore indispensables, qui dépendent cette fois du malade lui-même. Comme les opérations endolaryngées sont toujours pénibles, il est nécessaire que le malade ait assez d'énergie pour se prêter aux manœuvres gênantes et douloureuses qu'on devra lui faire subir. Aussi les individus pusillanimes que la vue du sang ou des instruments suffit pour effrayer, ceux qui sont très nerveux et facilement impressionnables ne devront-ils pas avoir recours à ce mode de traitement qui exige de leur part du courage et une longue patience. La situation de fortune est aussi un élément dont il faudra tenir compte, car il a une grande importance. Un malade qui après une opération se trouvera dans des conditions de bien-être suffisant, pouvant habiter la campagne et se reposer, aura plus de chance de guérir qu'un malheureux épuisé par les privations autant que par la maladie.

Il ne faut pas oublier non plus que le traitement chirurgical exige aussi de la part du médecin qui veut l'appliquer plusieurs qualités professionnelles : il doit avoir une certaine expérience des manœuvres endolaryngées, et ne pas se décourager en présence de résultats trop lents à se manifester. Comme le fait remarquer Schaeffer (1), le curettage du larynx exige de la part de l'opérateur une certaine habileté malgré la cocaïne et la perfection des instruments. D'après lui, il est plus facile d'enlever un polype du larynx que de faire disparaître par le curettage un bourrelet de granulations tuberculeuses s'étendant au-dessous de la fente interaryténoïdienne.

En dehors de ces conditions particulières, il est d'autres considérations non moins importantes qu'il est nécessaire d'envisager, et dont on doit tenir un compte sérieux dans le traitement de la tuberculose laryngée; elles visent surtout l'intervention chirurgicale dans l'extirpation des aryténoïdes et des infiltrations diffuses du larynx. C'est ainsi qu'en présence d'un cas d'aryténoïdite simple en apparence, on ne doit pas se hâter d'opérer sans avoir fait un examen complet du malade et cherché les causes de l'affection; on doit s'informer si le gonflement parfois énorme n'est pas de date récente, s'il est réellement de nature tuberculeuse, si la spécificité ne joue pas un rôle quel-

(1) SCHAEFFER. Curettage du larynx par la méthode de Heryng. *Therapeut. Monatshefte*, n° 10, octobre 1890.

conque, s'il ne s'agit pas, en un mot, de ces cas hybrides où syphilis et tuberculose s'allient pour produire des lésions mixtes; enfin, on devra se rendre compte avec la plus grande exactitude possible du degré anatomo-pathologique des lésions, tel que le plus ou moins de mobilité des cartilages aryténoïdes. Toutes ces considérations méritent d'être examinées, et nous allons nous y arrêter un instant.

Qu'il s'agisse, par exemple, d'un malade atteint de phymie laryngée à forme vulgaire, il peut se produire à un moment donné une poussée aiguë donnant lieu à une tuméfaction plus prononcée de l'épiglotte et des aryténoïdes, et aggravant par là même, les signes fonctionnels tels que la dysphagie et les troubles respiratoires et vocaux. A un premier examen on constate une augmentation considérable des lésions, mais sous l'influence d'un repos de quelques jours, on voit rapidement tous les symptômes s'amender, et cette poussée aiguë disparaître sans médication spéciale. Les causes les plus banales, le refroidissement, la fatigue ont été ici les facteurs déterminants de cette aggravation, qui n'a été que momentanée et s'est dissipée d'elle-même. Ainsi que nous l'avons dit antérieurement, il est d'autres cas, où il faut savoir attendre avant d'intervenir chirurgicalement, et ne pas prendre pour une infiltration tuberculeuse ce qui n'est qu'un gonflement purement inflammatoire, produit par une vive impression de froid, comme chez le chauffeur du chemin de fer du Nord dont nous avons rapporté l'observation. Chez cet homme qui avait avalé de l'air glacé, étant resté debout sur sa machine pendant toute une nuit froide, le larynx s'était rapidement tuméfié, et avait donné lieu à tous les symptômes de l'aryténoïdite. Une intervention opératoire trop hâtive n'eût-elle pas été nuisible, puisque les lésions devaient complètement disparaître en quelques jours ?

Lorsqu'il ne s'agit plus de tuberculose simple, si, à côté de lésions pulmonaires et laryngées dues manifestement à la présence du bacille de Koch, on vient à constater chez le malade des accidents d'ordre spécifique, si, en un mot, le larynx présente une de ces affections hybrides qui relèvent à la fois des deux diathèses, on peut se demander en pareil cas, s'il existe quelque contre-indication au traitement chirurgical. Il n'en est rien, car, malgré les nombreux succès qu'on peut obtenir par l'emploi de l'iodure de potassium et du sirop de Gibert, il ne faut pas espérer qu'une médication spécifique puisse avoir une

heureuse influence sur la tuberculose. Si les lésions sont justiciables du traitement chirurgical, si le larynx est infiltré ou obstrué par de grosses végétations, on pourra sans crainte avoir recours à l'instrument tranchant. D'ailleurs, dans les cas hybrides, les conséquences opératoires sont en général les mêmes que dans la tuberculose laryngée pure ; cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et, à notre connaissance, dans un cas traité à la clinique laryngologique de Lariboisière, un malade dont le larynx fut curetté pour des accidents de ce genre, il se produisit une réaction assez vive pour nécessiter la trachéotomie. Il est probable qu'il ne faut voir dans cette circonstance qu'un mode de réaction individuel, dépendant seulement du malade, et non de la maladie.

Avant de terminer ce chapitre de considérations opératoires, nous voulons insister sur un dernier point concernant le traitement de l'aryténoidite par l'extirpation. On a vu que cette opération consistait à enlever à l'aide de pinces appropriées les masses infiltrées qui coiffent les aryténoïdes, et ces cartilages eux-mêmes lorsqu'ils sont envahis par le processus tuberculeux. Mais il est de règle absolue de n'y toucher que lorsque leur mobilité est gravement compromise, soit par l'infiltration des tissus environnants, soit par une ankylose crico-aryténoidienne, soit encore par des accidents périchondritiques. Quand ils sont immobilisés, leur action n'existe plus, ils deviennent inutiles, et on peut les enlever sans porter préjudice au fonctionnement physiologique du larynx. Mais si, au contraire, leur tuméfaction est légère, s'ils ont conservé leur mobilité normale, s'ils permettent encore aux cordes vocales de se rapprocher et de s'éloigner au moment de la phonation et de la respiration, il serait dangereux de vouloir les enlever, puisqu'on risquerait de produire des désordres irrémédiables dans l'organe de la voix.

§ 4. — SUITE DES OPÉRATIONS ENDOLARYNGÉES

Lorsqu'on a pratiqué une des opérations décrites précédemment, les suites ne présentent ordinairement rien de particulier, si on a eu soin de s'entourer de toutes les précautions antiseptiques nécessaires. Malgré le traumatisme sérieux qui a été produit et les pertes de substance que le larynx a subies, l'état du malade ne laisse rien à désirer, et aucune complication n'est à redouter. Il est en effet un fait curieux et qui mérite d'attirer l'attention, c'est que le larynx d'un tuberculeux a pour toutes les opérations chirurgicales une tolérance remarquable, et qu'on peut, sans le moindre danger, racler, inciser la muqueuse, enlever des parties considérables de l'organe, et lui faire subir des mutilations profondes, comme l'extirpation des aryténoïdes.

Si, après chaque opération, les pansements antiseptiques sont faits avec régularité, le malade est à l'abri de toute infection secondaire, et les suites sont toujours des plus simples. Dans les heures qui suivent l'intervention, il peut se produire une légère douleur au niveau de la partie lésée avec propagation vers l'oreille du même côté, comme nous l'avons remarqué dans quelques cas ; mais cette souffrance est de peu de durée, et elle cède facilement à un simple badigeonnage à l'aide de la solution de cocaïne. Le soulagement, au contraire, éprouvé par le malade se manifeste rapidement ; la respiration est plus libre, les accès de suffocation disparaissent, et la dysphagie qui souvent était intolérable diminue peu à peu. Ainsi nous avons pu voir souvent des malades arrivés au dernier degré de la cachexie, par suite du manque de nourriture, reprendre rapidement des forces, et se mettre à manger du pain et de la viande, alors que les aliments liquides ne pouvaient, avant, être avalés qu'avec la plus extrême difficulté et au prix de douleurs violentes.

Il est à remarquer que, dans toutes ces opérations, malgré la perte

de substance et la profondeur des incisions, il ne se produit jamais d'hémorrhagie. C'est à peine si l'application des pinces coupantes est suivie de l'expectoration de quelques crachats striés de sang ; jamais chez nos malades, même chez ceux à qui on enlevait d'énormes masses aryténoïdiennes, nous n'avons constaté une perte de sang appréciable ; cependant, dans tous ces cas le larynx était toujours le siège d'une véritable inflammation, et la muqueuse était fortement congestionnée.

Il est permis de supposer que cette absence d'hémorrhagie est due à l'action des pinces qui agissent non en coupant, mais en écrasant et en broyant les tissus. Ce résultat est des plus heureux, car toute effusion sanguine se faisant à l'intérieur du larynx serait difficilement arrêtée, et le sang en tombant dans les voies respiratoires pourrait déterminer les accidents les plus graves.

L'intervention opératoire chez aucun de nos malades n'a élevé la température qui est toujours restée à la normale. Nous faisons naturellement exception pour ceux qui, épuisés par la tuberculose pulmonaire, présentaient des accès de fièvre hectique, bien avant la première opération. Chez quelques-uns, au contraire, une amélioration rapide relevait l'état général, et faisait diminuer la fièvre.

Chez nos opérés, dès la première nuit, il se manifestait un changement appréciable dans leur état. La respiration se faisait facilement, le sommeil devenait possible, et n'était plus troublé par ces brusques accès de suffocation qui se manifestent si fréquemment la nuit chez les tuberculeux laryngés.

Lorsque après une opération endolaryngée, telle que l'extirpation des aryténoïdes, on fait un examen à l'aide du miroir, on peut voir facilement la petite plaie qui en résulte ; la surface de section apparaît nettement, légèrement colorée en rouge par un peu de liquide sanguinolent. Par des examens répétés la marche de la cicatrisation est suivie sans peine de jour en jour ; dès le lendemain, on ne voit déjà plus qu'un léger gonflement rougeâtre circonscrit tout à l'entour de la surface de section ; la plaie recouverte d'une sorte d'exsudat blanc grisâtre se rétrécit peu à peu, et en moins d'une semaine elle a considérablement diminué ; la muqueuse environnante devient moins rouge, puis reprend sa coloration normale, et on ne distingue bientôt plus le point où a porté l'instrument tranchant.

L'innocuité des plaies opératoires faites dans le larynx est telle, lorsqu'une antiseptie rigoureuse a été appliquée, que la cicatrisation se fait avec une extrême rapidité, et sans déterminer la moindre complication. Jamais, du fait même de l'opération, il n'y a à redouter d'infection secondaire qui, dans une région aussi exposée pourrait cependant se produire. Les microbes d'espèces si nombreuses qui pullulent dans la bouche, le passage des crachats purulents, le frottement même du bol alimentaire, au moment de la déglutition, sont autant de causes qui devraient déterminer l'inoculation d'une muqueuse offrant par cette plaie nouvelle une porte ouverte à l'infection. On a, en effet, signalé comme fréquente l'infection de la muqueuse du larynx par d'autres micro-organismes que celui de Koch : dans certains cas, comme l'a fait remarquer Fraenkel (1) de Hambourg, un grand nombre de microbes viennent ajouter leur action nuisible à celle du bacille tuberculeux, et infecter secondairement des parties déjà atteintes ; parmi eux se trouvent surtout les microbes pyogènes (streptocoques et staphylocoques). Les pansements antiseptiques au naphthol camphré et à l'huile créosotée ont pour effet de détruire ces germes pathogènes et d'empêcher les suppurations tardives.

On pourrait craindre qu'à la suite d'une opération endolaryngée, et sous l'influence d'une cicatrisation vicieuse, il se forme un tissu rétractile qui diminue l'orifice glottique et soit la cause d'un rétrécissement des voies aériennes. Cette éventualité fâcheuse, possible si on soumettait le larynx à un délabrement considérable, ne se produit heureusement pas, car les parties enlevées à l'aide des pinces ou des curettes, étant des produits de néoformation ne font pour ainsi dire plus partie de la charpente du larynx, et la cicatrisation, en raison de la laxité de la muqueuse infiltrée, peut parfaitement se faire sans rétraction et sans diminuer le calibre de l'ouverture glottique. D'ailleurs cet accident ne s'est produit chez aucun de nos malades opérés, même chez ceux qui ont subi l'extirpation des aryténoïdes, et que nous avons pu revoir après plusieurs mois.

(1) FRAENKEL. Recherches sur l'étiologie de la tuberculose du larynx. *Virchow's Archiv*, t. CXXI, p. 523.

§ 5. — ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX OPÉRATIONS ENDOLARYNGÉES

Nous venons de voir que les suites des opérations faites sur un larynx tuberculeux étaient en général des plus simples. Les accidents qui peuvent survenir sont en effet très rares, et, seules, trois complications peuvent être à craindre : 1° le spasme laryngien ; 2° la réaction inflammatoire exagérée du côté de la muqueuse, se traduisant par de l'œdème de la glotte ; 3° la généralisation du processus tuberculeux.

1° *Spasme du larynx*. — L'irritation de la muqueuse qui détermine si facilement chez les phthisiques nerveux des accès de suffocation, est en général due à différentes causes occasionnelles, le froid, la fatigue de la voix, ou encore de nouvelles poussées tuberculeuses. Les opérations endolaryngées excitant fortement toute la surface du larynx sont susceptibles de donner lieu aux mêmes phénomènes spasmodiques. C'est surtout chez les gens impressionnables et débiles, chez les malades timorés, que cet accident peut se produire. Le spasme se produit généralement aussitôt après l'opération, et il est dû alors à une action purement nerveuse ; l'irritation réflexe du nerf récurrent, amenant ou une paralysie des dilatateurs ou une contracture des adducteurs, en est la cause la plus probable. Cependant le spasme ne vient pas toujours du larynx, car nous avons vu un malade trachéotomisé, qui malgré sa canule avait des accès de spasme chaque fois qu'on lui faisait un attouchement au pinceau du fond de la gorge : le spasme devait sans doute reconnaître ici pour cause une contracture des muscles bronchiques.

Quand le spasme se produit, le malade se trouve tout à coup dans l'impossibilité de respirer ; tous les muscles inspireurs se contractent, l'inspiration est longue et sifflante, la face devient turgescence, violacée ; en un mot des accidents asphyxiques se manifestent brusquement, mais ils n'ont en général que peu d'intensité, et l'accès de

suffocation cesse au bout de quelques instants. En faisant fermer la bouche au malade, et en lui permettant seulement de respirer par le nez, le spasme cesse rapidement. Lorsque l'abcès menace de se prolonger, les vapeurs de chloroforme inspirées pendant quelques minutes en ont facilement raison. On couche alors le malade auquel on administre une potion calmante, et il est rare que le spasme se reproduise.

2° *Réaction inflammatoire exagérée de la muqueuse.* — Un autre accident plus sérieux, mais heureusement encore plus rare, que nous devons signaler, est une réaction exagérée de la muqueuse laryngée, à la suite de l'opération, réaction se traduisant par du gonflement, de l'infiltration séreuse, qui ne sont autre chose que les manifestations de l'œdème de la glotte.

Cette muqueuse possède, à l'état normal, une laxité assez grande en certains de ses points, et particulièrement au niveau des ligaments aryéno-épiglottiques ; si elle devient le siège d'une inflammation quelconque, elle se laisse facilement infiltrer par la sérosité. Ne voit-on pas, en effet, les causes les plus diverses, le froid, les brûlures, les petites plaies, les piqûres dues à un corps étranger, comme une épingle, un fragment d'os, donner lieu à une inflammation locale et produire un véritable œdème de la glotte ? Dans la laryngite tuberculeuse, quand la muqueuse a été profondément déchirée et irritée par l'instrument opératoire, il semblerait que les accidents de l'œdème dussent facilement se manifester avec leurs effrayantes conséquences. Il n'en est heureusement pas ainsi dans la grande majorité des cas, car le larynx tuberculeux a une tolérance remarquable pour tous les traumatismes opératoires ; cette tolérance à supporter d'assez grandes mutilations, de la part d'un organe aussi délicat en apparence, peut sembler paradoxale. Cependant, il est des cas excessivement rares, où, à la suite d'une opération endolaryngée, il se produit une violente réaction : la muqueuse s'enflamme, tous les tissus du larynx se tuméfient, diminuant le calibre de l'orifice glottique, ce qui amène bientôt une sténose prononcée. La respiration devient difficile, l'asphyxie est menaçante : un seul parti reste à prendre, c'est de pratiquer sans retard la trachéotomie. C'est là, nous le répétons, un accident des plus rares, et, pendant toute une année, sur une quantité assez grande de malades que nous avons traités chirurgicalement, cette complica-

tion si grave ne s'est produite qu'une seule fois. Le malade atteint d'aryténo-épiglottite tuberculeuse, opéré le matin pour des troubles respiratoires et dysphagiques fut pris, quelques heures après, d'accès d'étouffement qui allèrent très vite en augmentant d'intensité; un gonflement rapide de la muqueuse avait déterminé la sténose de la glotte, et nous dûmes, dans la soirée, pratiquer d'urgence la trachéotomie qui mit fin à tous les troubles respiratoires. Deux jours après, le gonflement avait diminué, et le traitement endolaryngé put être continué sans danger. Nous devons tirer de cet exemple un enseignement pratique, c'est que tout malade ayant subi une opération endolaryngée, telle que le curettage ou l'extirpation des aryténoïdes, doit être soumis à une surveillance active, pendant les premiers jours qui suivent; à la moindre complication, on doit se tenir sur ses gardes, et, si une sténose menaçante se déclare avec des accidents asphyxiques, il est nécessaire d'avoir recours, sans plus tarder, à une trachéotomie préventive. Lorsque l'œdème réactionnel aura diminué, que la sténose glottique aura cédé et laissé plus libre l'ouverture des voies respiratoires, on pourra, sans danger, retirer la canule et la plaie trachéale se fermera d'elle-même.

3° *Généralisation du processus tuberculeux.* — Si par les méthodes chirurgicales nouvelles on cherche à enrayer les lésions tuberculeuses du larynx, ne doit-on pas craindre par le grattage des foyers microbiens, de produire de véritables inoculations secondaires, et, en détruisant ainsi la muqueuse, de laisser pénétrer dans le torrent circulatoire des produits septiques qui donneront lieu à une poussée aiguë de tuberculose, à une généralisation de la maladie?

Le professeur Verneuil (1), dès l'année 1885, avait attiré l'attention sur la généralisation de la tuberculose après l'enlèvement des tubercules locaux. Voici du reste ses propres paroles : « A la suite d'opérations qu'on peut appeler partielles, telles que grattage du foyer tuberculeux osseux, évidemment, rugination, on voit se développer dans l'appareil pulmonaire des granulations miliaires qui donnent lieu à des accidents de la plus haute gravité et rapidement mortels. Que vous fassiez alors l'autopsie, vous découvrirez dans les poumons des tubercules jeunes en quantité plus ou moins considérable ».

(1) VERNEUIL. Tuberculose généralisée à la suite du traumatisme opératoire. *Gazette des hôpitaux*, 1885.

Demars (1) a publié, à l'appui de ces faits, des observations convaincantes de tuberculose généralisée après le traumatisme opératoire : dans trois cas l'extirpation de testicules tuberculeux fut suivie de phtisie aiguë, et, dans un autre, le grattage d'un hygroma à bacilles de Koch détermina les mêmes accidents chez un individu en apparence bien portant. Au congrès de chirurgie de 1889, Verneuil reprit la même question et vint signaler de nouveaux cas dans lesquels se produisirent des poussées de granulie, de véritables méningites, des altérations rénales et hépatiques. Au même congrès Ollier, de Lyon, ne voulait voir dans ces cas de tuberculose généralisée à la suite du traitement chirurgical que des accidents dus à des complications viscérales méconnues. Le professeur Le Dentu (2) partage les mêmes idées au point de vue de la généralisation possible des tuberculoses locales, lorsqu'il dit : « On se demande si parfois il n'y a pas eu après une intervention chirurgicale, des rappels de diathèse, en quelque sorte des accidents métastatiques. J'ai observé quelquefois des méningites aiguës survenant pendant l'évolution d'une tuberculose périphérique sans qu'il y eut d'actes opératoires à incriminer ». Thiéry (3), dans une thèse remarquable, a apporté quelques preuves nouvelles des accidents possibles de généralisation après le traitement chirurgical des tuberculoses locales.

Si maintenant nous voulons rapprocher de ces faits ce qui se passe dans la laryngite tuberculeuse, et si nous assimilons cette affection à une tuberculose localisée, nous pouvons voir qu'il est permis de craindre que le traitement chirurgical n'ait une certaine influence sur le développement du processus tuberculeux et sur sa propagation à tout l'organisme. Cependant ce fait doit être d'une excessive rareté, d'autant plus que les manifestations de la tuberculose ne sont presque jamais localisées dès le début au larynx ; dans la plupart des cas, les poumons sont atteints simultanément, et, si les lésions ont augmenté, si elles ont pris un développement plus rapide, il ne faut, en général, voir dans ce fait qu'une simple évolution de la maladie pulmonaire dont la marche s'est aggravée ; le traitement

(1) DEMARS. De la généralisation tuberculeuse après l'ablation d'un tubercule initial local. *Études sur la tuberculose*, fasc. I, p. 238.

(2) LE DENTU. *Semaine médicale*. Discussion au congrès de la tuberculose, 1889.

(3) THIÉRY. *Tuberculose chirurgicale*. Thèse, 1890.

chirurgical endolaryngé, au lieu de donner une poussée aiguë à la tuberculose, amène au contraire une amélioration dans l'état général, et semble plutôt s'opposer à l'augmentation des altérations de l'appareil respiratoire qui semblent alors subir un temps d'arrêt. D'ailleurs, en détruisant aussi complètement que possible les foyers tuberculeux du larynx, en cautérisant à l'aide de pansements antiseptiques la plaie opératoire, celle-ci aura peu de chance d'être infectée et d'amener une généralisation de la tuberculose.

Cependant, il est un autre accident qui peut être imputé aux opérations endolaryngées dans un larynx tuberculeux, c'est de réveiller une tuberculose pulmonaire jusqu'alors latente, dont la chronicité devait assurer une longue évolution à la maladie et une échéance tardive.

Après un curettage du larynx, en effet, les accidents pulmonaires jusqu'alors de peu d'importance, éclatent tout à coup, s'accompagnent de fièvre et de signes fonctionnels graves, toux, dyspnée, etc... Dans une observation du Dr Lermoyez, que nous rapporterons plus loin, se trouve un cas de ce genre où une opération endolaryngée fut suivie d'une tuberculose pulmonaire subaiguë. Voici en résumé les principaux points de cette observation particulièrement intéressante : « Un homme est atteint de tuberculose pulmonaire chronique avec lésions minimales du poumon et du larynx ; on pratique un curettage du larynx. Le soir même éclate la fièvre ; les lésions pulmonaires s'affirment et s'aggravent rapidement, et en deux mois la mort arrive, amenée par des phénomènes de tuberculose subaiguë ». M. Lermoyez fait suivre ces faits de ces réflexions : « Il semble que le curettage du larynx ait donné un coup de fouet à l'évolution de la tuberculose pulmonaire torpide jusque-là. On ne saurait admettre une infection bacillaire généralisée, partie de la plaie du larynx, car, en somme, le malade n'a présenté cliniquement aucun signe de généralisation tuberculeuse ».

§ 6. — RÉSULTATS HEUREUX OBTENUS PAR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les symptômes si pénibles et si graves de la tuberculose laryngée se trouvent, comme nous l'avons vu, considérablement atténués par l'emploi du traitement chirurgical. Tout en calmant les douleurs de la dysphagie, en faisant cesser les accès d'oppression due à la dyspnée, ce traitement ne borne pas là son action; son influence peut être plus grande encore, car il peut agir d'une façon profonde sur la maladie elle-même, en la modifiant dans son évolution ultérieure.

Les manifestations laryngées et pulmonaires de la tuberculose bénéficient largement de cette méthode thérapeutique; si, en effet, par une série d'opérations faites dans des conditions d'antisepsie favorables, on arrive à débarrasser le larynx des produits bacillaires qui l'encombrent, une amélioration notable se produit, l'affection se trouve retardée dans sa marche envahissante; parfois même une guérison complète peut être espérée, comme nous le verrons dans le chapitre suivant. Chez quelques malades traités par nous, l'évolution de la phtisie laryngée s'est trouvée, du fait même du traitement, limitée dans son développement et arrêtée dans sa marche. C'est en s'opposant à la fonte des produits tuberculeux, en détruisant les infiltrations et les surfaces ulcérées, qu'on pourra seulement combattre la tendance qu'ont les lésions à s'étendre dans tous les points du larynx. Pour arriver à ce résultat, il faut, comme le dit Fraenkel (1) agir, aussi énergiquement que possible lors d'une affection reconnue comme tuberculeuse, et spécialement à son début, pour obtenir une limitation de la maladie dans son foyer.

La tuberculose pulmonaire qui généralement accompagne ou précède la phtisie laryngée trouve aussi de précieux avantages thérapeutiques dans le traitement chirurgical. Lorsque le larynx a été débarrassé des produits néoformés qui l'ont envahi, que les fonctions

(1) FRAENKEL. *Archives de Virchow*, 1890, vol. CXXI, liv. 3.

respiratoires s'accomplissent plus régulièrement, que la disparition de la dysphagie rend l'alimentation plus facile, l'organisme tout entier peut lutter avec plus d'avantage contre l'envahissement du bacille tuberculeux. Un des résultats les plus heureux du traitement chirurgical dans la phymie laryngée est donc de mettre un arrêt au développement de la tuberculose pulmonaire; on voit souvent, même dans les cas les moins favorables, quand un larynx a été traité par le curettage ou l'extirpation, que les lésions du poumon constatées à l'auscultation n'augmentent plus avec la même rapidité qu'au moment où la cachexie devenait menaçante; elles restent alors stationnaires pendant un certain temps, avant de reprendre leur marche fatale.

Les résultats heureux du traitement se manifestent surtout immédiatement après l'opération, par les modifications qu'il amène dans l'état général du malade.

Après l'extirpation des aryténoïdes, par exemple, le succès est tel qu'après quelques heures on peut voir une amélioration très grande se produire, parfois même une véritable résurrection. Un malheureux phthisique atteint de dysphagie intense par suite de l'infiltration énorme de la région aryténoïdienne se trouve dans l'impossibilité absolue de prendre des aliments solides, et ce n'est qu'au prix d'efforts douloureux qu'il peut arriver à avaler un peu de lait ou de bouillon; rapidement les forces se perdent, l'amaigrissement se prononce, la cachexie apparaît, et le malade semble arrivé au terme d'une existence misérable. Après l'opération qui n'a eu d'autre but que d'apporter quelque soulagement à la dysphagie, une transformation complète se produit: la douleur pour avaler s'atténue au point que la déglutition devient facile, et l'état général se relève. C'est ainsi que plusieurs malades traités dans le service de laryngologie à l'hôpital Lariboisière pour des infiltrations aryténoïdiennes tuberculeuses et arrivés à un degré très avancé de cachexie, ont pu, après l'extirpation de ces masses volumineuses, revenir à un état de santé assez satisfaisant pour pouvoir quitter l'hôpital et reprendre des travaux souvent pénibles qu'ils avaient été forcés d'abandonner. Cette amélioration se manifeste surtout par l'augmentation de poids; au lieu de continuer à maigrir, certains malades après l'opération ne changent plus et restent stationnaires; d'autres même subissent une augmentation sensible; deux jeunes filles traitées par nous, atteintes manifestement de laryngite

tuberculeuse avec lésions pulmonaires caractérisées, ont en quelques mois engraisé, l'une de neuf livres, et l'autre de vingt-deux livres !

Si l'on veut maintenant comparer les avantages du traitement chirurgical endolaryngé avec les résultats que donne la trachéotomie, le choix de la méthode à employer ne sera même pas discutable. Tandis que le tuberculeux laryngé opéré par la voie interne revient à un état de santé tel qu'il peut souvent reprendre ses travaux, le malheureux trachéotomisé se trouve dans l'obligation de renoncer à son existence habituelle, du jour où il devient porteur d'une canule. L'entrée d'un air trop froid dans les bronches, l'infection due au transport de germes septiques, l'irritation produite par la canule sont autant de causes qui peuvent déterminer du côté des poumons de graves complications : le trachéotomisé est sous la perpétuelle menace d'une broncho-pneumonie secondaire avec ses conséquences funestes.

Mais ces précieux avantages que donne le traitement chirurgical sont-ils durables ? Malheureusement dans un grand nombre de cas ces succès sont éphémères, et les récidives se reproduisent dans un délai plus ou moins long. Ces récidives sont surtout fréquentes, lorsque les lésions pulmonaires sont avancées, et elles sont d'autant plus à craindre que le malade est plus âgé, et lorsqu'il se trouve dans des conditions défectueuses de vie et de milieu.

B. — Traitement curatif de la tuberculose laryngée.

Le traitement chirurgical, ainsi que nous l'avons vu, a une utilité incontestable comme palliatif des troubles fonctionnels de la tuberculose laryngée. Mais ce n'est pas là sa seule action, et son rôle est plus grand encore : non seulement il peut soulager, mais aussi il peut guérir. La phtisie laryngée considérée longtemps comme une affection fatalement mortelle, est-elle donc susceptible de guérison ? Cette question est maintenant résolue. En appliquant au traitement des lésions bacillaires du larynx, les idées nouvelles sur la curabilité des tuberculoses locales, et de la phtisie pulmonaire elle-même, on a pu voir qu'elles étaient aussi capables d'entrer en régression ; l'anatomie pathologique et la clinique l'ont prouvé d'une manière convaincante, en apportant des preuves irréfutables de guérison.

Il est maintenant de notion vulgaire que l'envahissement de l'organisme par le bacille de Koch ne mène pas toujours à une terminaison fatale, que les altérations destructives des tissus peuvent être combattues par des médications diverses, et, qu'en un mot les cas de tuberculose pulmonaire avérée réellement guéris ne se comptent plus. Niée par Laënnec, la curabilité de la phtisie pulmonaire a été vérifiée plus d'une fois par l'observation, et le professeur Jaccoud (1), après une longue étude de cette question, n'a pas craint d'affirmer que la phtisie pulmonaire était curable à toutes ses périodes. En est-il de même pour la tuberculose laryngée ?

Malgré de nombreux exemples de guérison, la conviction n'est pas faite dans tous les esprits, et les opinions sont encore contradictoires. Cependant les lésions étant dues, malgré leur siège différent, à la même invasion microbienne, il paraît évident que, si la tuberculose pulmonaire est susceptible de guérison, il doit en être de même de la phtisie laryngée. D'ailleurs, les altérations tuberculeuses, quand elles

(1) JACCOUD. *Curabilité de la phtisie pulmonaire.*

sont limitées au larynx, ce qui arrive dans plus d'un cas, ne peuvent-elles pas être considérées comme de véritables tuberculoses locales, telles que les ostéites et les arthrites fongueuses, les abcès froids, la tuberculose testiculaire ? Toutes ces localisations de la tuberculose ne relèvent-elles pas, maintenant du traitement chirurgical qui seul peut en détarrasser l'organisme et en amener la guérison.

La phtisie laryngée peut être primitive ; il n'est pas rare de la rencontrer chez des individus, bien portants en apparence, et chez lesquels une auscultation minutieuse ne décèle pas la moindre altération du côté des poumons. C'est ainsi que chez des individus dont l'état général semblait bon, on a pu arriver à amener la guérison complète d'une laryngite tuberculeuse qui ne se traduisait que par des lésions limitées aux cordes vocales sous forme de petites ulcérations ou de végétations. Cependant, comme nous venons de le dire, ces faits d'une évidence absolue ne sont pas admis par tous les auteurs, et la question de la curabilité de la phtisie laryngée est encore mise en doute par beaucoup de médecins, même par ceux qui s'attachent spécialement à l'étude des affections de la gorge. Des exemples certains de guérison n'ont pu triompher du scepticisme général, et pour certains esprits, la phtisie laryngée reste à l'heure actuelle comme une maladie où tout secours thérapeutique devient impuissant, toute intervention inutile ou même nuisible. Et, malgré tout, les preuves de la curabilité de cette affection sont trop nombreuses pour ne pas être niées sans parti pris. Ce fut Krause le premier qui donna la preuve matérielle de la guérison d'une ulcération tuberculeuse à la suite de cautérisations à l'acide lactique. Cette démonstration ne put convaincre le plus grand nombre, et Espinger, à la suite de plusieurs examens microscopiques soutint que le processus tuberculeux du larynx ne pouvait guérir. De même, Heintze soutint avec la même persistance l'impossibilité d'une amélioration notable. Orth, après avoir constaté un exemple de guérison d'une ulcération laryngienne de nature tuberculeuse, était d'avis que ce fait constituait une exception des plus rares, et qu'il serait chimérique d'espérer obtenir le retour à la santé parfaite.

Parmi les partisans convaincus de la curabilité de la phtisie laryngée, se trouve Heryng de Varsovie qui, dans une série de communications importantes, a montré, en se basant sur les observations d'une

expérience de plusieurs années, que cette idée nouvelle n'était plus une utopie ; et, avec un zèle méritoire, il s'est efforcé d'entraîner les médecins dans la voie qu'il traçait, en les exhortant à appliquer la méthode chirurgicale dans le traitement de cette maladie. Par l'emploi du curettage suivi d'applications d'acide lactique, il a amené facilement la cicatrisation complète de certaines ulcérations tuberculeuses.

Mais, si la guérison de la phtisie laryngée est désormais un fait acquis à la science comme l'ont démontré plusieurs laryngologistes, ce résultat ne peut s'obtenir qu'à une condition essentielle, c'est que le larynx soit atteint par le processus tuberculeux, à l'exclusion de tous les autres organes, et que les poumons en particulier soient indemnes de toute lésion. Il est, en effet, de ces cas favorables où le larynx est atteint, alors que les poumons sont encore sains, ou du moins, présentent des troubles latents ou si minimes, que l'auscultation la plus minutieuse ne peut donner le moindre renseignement. Placé à l'entrée des voies aériennes, pourquoi le larynx ne serait-il pas envahi par le bacille avant qu'il n'ait le temps de pénétrer dans les poumons ? En se reportant à la vieille théorie de Louis, qu'ont rajeunie les idées modernes en bactériologie, on peut admettre que l'origine des lésions tuberculeuses n'est due qu'à une invasion des bacilles de Koch à la surface de la muqueuse ; arrivés à ce point, ces microbes se cultivent, se multiplient, pendant que l'appareil pulmonaire n'a subi encore aucune atteinte. De plus, si on considère que les bacilles s'introduisent dans les couches profondes des tissus par les cellules de l'épithélium intactes ou peu altérées, ou encore par les conduits excréteurs des glandes muqueuses, une conséquence opératoire devra découler de ces faits, c'est que les lésions étant souvent sous-épithéliales et plus profondes qu'un simple examen ne le ferait supposer, pourront par le curettage être mises facilement en lumière et traitées ainsi avec plus de chance de succès.

La limitation des lésions tuberculeuses au larynx a permis de les assimiler aux tuberculoses locales, existant en dehors de toute altération pulmonaire. La chirurgie moderne en enlevant ces lésions par les moyens dont elle dispose, arrive à débarrasser l'organisme de ces foyers tuberculeux, à en guérir le malade, et à le mettre à l'abri d'une infection générale. Un individu peut être atteint, par exemple, de

tuberculose testiculaire, avec conservation de l'état général, et sans manifestations du côté des voies respiratoires. Le testicule est, en effet, un organe où la tuberculose peut naître et se cantonner, sans qu'il y ait envahissement des autres viscères, comme le fait remarquer Reclus (1) qui insista après Cruveilhier sur l'importance de ces tubercules locales. Si on laisse cette affection sans la traiter, le bacille d'abord localisé au testicule, pénètre dans le torrent circulatoire, et va se fixer dans divers organes, méninges, séreuses, poumons ; si, au contraire, on pratique de bonne heure la castration, la guérison s'obtient radicale, et l'opéré peut vivre de longues années, à l'abri de toute nouvelle atteinte de tuberculose. Les abcès froids, les ostéites fongueuses qui peuvent se manifester chez des individus non suspects de phtisie pulmonaire, sont aussi traités comme de véritables affections locales, et l'extirpation complète de ces foyers microbiens prévient tout danger d'infection ultérieure. La tuberculose pulmonaire elle-même à ses débuts, limitée encore au sommet, a pu être considérée et traitée comme une tuberculose localisée, au point que par des tentatives hardies suivies parfois de succès, des chirurgiens n'ont pas craint de réséquer le sommet malade par la pneumectomie. C'est ainsi que dernièrement à la Société de chirurgie, Tuffier (2) a présenté un malade auquel il avait, 18 mois auparavant, réséqué le sommet du poumon droit ; actuellement le malade ne tousse plus, il a repris son travail et engraisé de sept kilogrammes.

Si maintenant on veut bien considérer la phtisie primitive du larynx comme une maladie purement locale, comme un simple foyer de tuberculisation, on aura toute raison d'employer les mêmes procédés que ceux mis en œuvre pour la destruction de toutes les tubercules localisées ; ce n'est que par le traitement chirurgical qu'on arrivera à ce résultat, car toutes les méthodes de thérapeutique purement médicales ne seront ici d'aucun secours. Aussi Luc (3) a-t-il pu dire à ce propos : « Nous avons la conviction que bien des malades autrefois condamnés à une mort certaine pourront être sauvés, le jour où

(1) RECLUS. *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1876.

(2) TUFFIER. Résection du poumon pour tuberculose. *Société de chirurgie*, 16 novembre 1892.

(3) LUC. Note sur un cas de tuberculose naso-pharyngienne. *Archives de laryngologie*, 1891.

la majorité des médecins aura été pénétrée de la nécessité de détruire à temps ces foyers d'infection, quel que soit leur siège, os, testicule, larynx ou fosses nasales. Loin d'être respectées (comme l'enseignent encore certains esprits retardataires, notamment pour les ulcérations tuberculeuses du larynx) ces lésions demandent à être combattues chirurgicalement dès leur apparition. »

Pour que la guérison de la tuberculose laryngée soit possible, et que le traitement chirurgical puisse être appliqué avec quelque chance de succès, il faut avant tout qu'elle soit primitive et limitée en foyers circonscrits, et que, par l'opération, on parvienne à détruire et à extirper ces foyers dans leur totalité. Au début des accidents d'invasion de la tuberculose, les cas ne sont pas très rares, où les poumons ne sont pas encore atteints, alors que les lésions laryngées sont déjà manifestes. L'extirpation complète des foyers microbiens est une condition indispensable, mais difficile à réaliser, car les opérations endolaryngées sont des plus délicates, le siège du mal étant souvent à une profondeur peu aisément accessible, et elles exigent de la part du médecin une habileté technique toute particulière. Un abcès froid situé à la surface du corps peut être facilement ouvert, gratté, et soumis à une antiseptie complète; les lésions tuberculeuses du larynx échappent à l'examen direct et ne peuvent être vues qu'à l'aide du miroir laryngoscopique; les instruments ne peuvent enlever à la fois que de petites parcelles de tissu altéré, et ne détruisent les tissus malades sans une sérieuse difficulté. Là, en effet, est l'écueil de ce traitement, car l'expérience a montré que toute opération incomplète entreprise pour une tuberculose locale quelconque, est non seulement inutile, mais même nuisible. Si on laisse quelque débris de fongosité, au niveau de la plaie opératoire, les récidives seront certaines dans un laps de temps plus ou moins rapproché; l'organisme entier, qui jusqu'alors était resté indemne, risque d'être envahi par le bacille, et est sous le coup d'une généralisation rapide. Nous avons vu précédemment que parmi les complications les plus graves du traitement chirurgical de la phtisie du larynx, se trouvaient l'éclosion de lésions bacillaires dans les poumons et la généralisation dans les plèvres, les méninges, le péritoine, etc... Parfois aussi les opérations faites sur le larynx donnent un coup de fouet à une tuberculose pulmonaire restée latente et amènent en peu de temps

l'échéance finale, alors que l'évolution eût pu être de longue durée, en raison de la chronicité de l'affection. L'observation que nous avons rapportée d'un malade du docteur Lermoyez est un exemple remarquable d'une tuberculisation pulmonaire aggravée et accélérée dans son évolution, à la suite d'une tentative de curettage du larynx ; mais il ne s'agit plus dans ce cas d'une infection secondaire due à une opération incomplète : il ne faut au contraire voir dans ce fait qu'un simple coup de fouet donné à la diathèse chez un individu prédisposé.

CONDITIONS INDISPENSABLES POUR L'EXTIRPATION COMPLÈTE DES LÉSIONS
ET LA GUÉRISON RADICALE DE LA PHTISIE LARYNGÉE

Si l'on veut arriver à débarrasser un larynx malade des foyers tuberculeux qui s'y sont développés, et obtenir en même temps une guérison complète, il est de première nécessité que les conditions suivantes soient réunies : 1° lésions très limitées ; 2° surface facile à atteindre ; 3° intégrité absolue des autres organes.

1° *Lésions très limitées.* — Au début de la tuberculose laryngée les lésions sont en général limitées à un seul point, à moins qu'elles ne se manifestent d'emblée sous la forme d'infiltration diffuse, d'aryténo-épiglottite énorme. S'il s'agit seulement d'une légère ulcération des cordes vocales, d'un petit épaississement pachydermique de la région intéraryténoïdienne, ou encore d'une simple tumeur polypeuse des cordes, à l'aide d'instruments spéciaux, le larynx pourra être curetté complètement, au point de faire espérer une guérison radicale.

2° *Surface facile à atteindre.* — Le traitement chirurgical ne peut rendre de véritables services dans l'extirpation des lésions tuberculeuses, que si elles siègent à la surface du larynx ou dans les couches sous-muqueuses superficielles. Par un simple curettage, on arrive à détruire tous les foyers tuberculeux, et à y substituer une ulcération simplement érosive, qui se cicatrisera ensuite sans difficulté. Si, au contraire, c'est par la voie lymphatique ou sanguine que s'est faite l'invasion des bacilles de Koch dans le larynx, si les dépôts tuberculeux siègent dans la profondeur des tissus, sans que la muqueuse ne présente d'autre ulcération qu'un peu de rougeur ou de gonflement,

toute intervention chirurgicale sera forcément inutile, et ne pourra prétendre à la guérison de la maladie.

3° *Intégrité absolue des autres organes.* — Cette condition est nécessaire si l'on veut tirer du traitement chirurgical tout ce qu'il peut donner d'avantageux. Que la tuberculose atteigne en même temps que le larynx, un point quelconque de l'économie, tout espoir de guérison sérieuse et durable devra être abandonné. Lorsque le phthisique laryngé est atteint en même temps d'une autre manifestation de la diathèse, abcès froid, tumeur blanche articulaire, l'extirpation complète des altérations du larynx ne produit qu'une amélioration locale, et n'est qu'un palliatif aux troubles fonctionnels ; mais il est évident que la tuberculose n'aura pas été enrayée, puisque des lésions locales de même nature persisteront dans un organe voisin, laissant le malade sous la menace continuelle d'une généralisation rapide.

PREUVES ANATOMIQUES ET CLINIQUES DE LA CURABILITÉ DE LA PHTISIE
LARYNGÉE PAR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Pour faire admettre le principe de la curabilité de la phtisie laryngée par le traitement chirurgical, il était nécessaire d'apporter à l'appui de ces faits des preuves convaincantes : l'anatomie pathologique et la clinique les ont fournies en grand nombre.

Krause le premier réussit à obtenir une cicatrisation des ulcérations tuberculeuses par les applications d'acide lactique, et il montra sur des pièces anatomiques ce résultat évident (1).

Seiffert (2) a pu de même montrer des pièces attestant la guérison d'ulcérations tuberculeuses traitées par lui.

C'est à Heryng (3) que revient surtout l'honneur d'avoir montré d'une façon péremptoire la guérison de la phtisie laryngée traitée par le curettage ; au congrès de Berlin, il présenta un larynx sur lequel on pouvait constater la cicatrisation d'une ulcération tuberculeuse étendue ; il s'agissait d'un individu atteint de phtisie pulmonaire

(1) KRAUSE. *Société de médecine de Berlin*, 14 oct. 1885.

(2) SEIFFERT. *Münchener med. Wochenschr*, n° 14, 1887.

(3) HERYNG. 59^e *Réunion des médecins et naturalistes allemands*, Berlin, 1886.

et d'ulcérations tuberculeuses laryngées. Ce malade traité par Heryng fut soumis au traitement par le curettage suivi d'applications énergiques d'acide lactique ; les lésions allèrent en rétrocedant, mais une pleurésie tuberculeuse survenue un peu plus tard emporta le malade et permit à Heryng de prendre son larynx, et de constater les changements survenus ; sur le bord de la corde vocale droite s'étendait le long de l'apophyse vocale, une bande cicatricielle occupant les deux tiers de la corde. Sur la face supérieure de la corde gauche, se trouvait une autre bande cicatricielle ; enfin, entre les deux aryténoïdes, se voyait encore une autre cicatrice blanche inégale, assez étendue. Le professeur Virchow, à qui cette pièce intéressante fut soumise, fut d'avis qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses guéries par cicatrisation.

En 1890, Heryng (1), poursuivant les mêmes travaux, vint apporter de nouvelles preuves anatomiques de la guérison certaine de la phymie laryngée. Une femme soignée par lui, depuis quatre ans, pour une infiltration diffuse de l'épiglotte, et des ulcérations de la corde vocale droite et de la partie postérieure du larynx, après une période d'amélioration très grande où elle put recouvrer la voix, et, où les troubles dysphagiques disparurent, finit par succomber aux progrès de la phtisie pulmonaire, à la suite de plusieurs couches pénibles. Les lésions laryngées étaient les suivantes : « l'épiglotte curettée plusieurs fois ne formait plus que deux petites plaques ligamenteuses ; toutes les autres parties étaient normales ; nulle part il n'y avait ni infiltrations ni ulcérations. La corde vocale supérieure droite était quelque peu jaunâtre et cicatrisée, la paroi postérieure lisse ; pas d'infiltration sur le cartilage droit de Santorini ». Cette préparation fut aussi examinée par le professeur Virchow qui constata une cicatrisation complète. En présentant cette pièce anatomique, Heryng fit remarquer que, même dans les cas les plus graves, se traduisant par une infiltration énorme de l'épiglotte, des cordes vocales et des cartilages, par de profondes ulcérations de la partie postérieure du larynx, la guérison de la phtisie laryngée pouvait s'obtenir, comme le prouvaient les cicatrices, et se maintenir pendant plusieurs années sans récurrence, malgré l'évolution persistante de la phtisie pulmonaire.

(1) HERYNG. *Conférence faite à la section laryngologique du X^e congrès médical international*, 7 août 1890.

Dans un autre cas, le malade présentait une tuméfaction lisse, incolore, de nature tuberculeuse, située à la partie postérieure du larynx. Le traitement par les cautérisations galvaniques n'avait donné aucun succès ; à l'aide de la curette, Heryng put enlever de gros morceaux de tissu infiltré ; les troubles fonctionnels dysphagie et dyspnée s'amendèrent, et la guérison survint bientôt ; en deux semaines la cicatrisation était complète. Dans les parties enlevées à la curette, l'examen histologique montra des tubercules avec cellules géantes et bacilles de Koch. Le malade fut présenté à la Société médicale de Varsovie, mais malheureusement il mourut quelques jours après d'une pneumonie double. L'autopsie fit reconnaître en dehors des foyers de tuberculose pulmonaire, l'état parfait du larynx ; sur la partie postérieure autrefois infiltrée se voyait une cicatrice lisse, et les coupes histologiques de ces tissus ne montrèrent ni tubercules, ni infiltration, ni bacilles de Koch.

Dans ces observations que nous venons de relater, la guérison radicale de la tuberculose laryngée ne fait aucun doute, puisque l'autopsie et l'examen histologique des tissus permirent de vérifier et de contrôler d'une manière absolue les changements profonds qu'avait produits sur les lésions laryngées le traitement chirurgical.

Depuis, les preuves cliniques se sont multipliées, et les guérisons de phthisie laryngée sont nombreuses. Heryng a rapporté un certain nombre de succès qu'il a obtenus par l'emploi de sa méthode.

Luc (1), en France, a publié dès 1890 deux observations probantes de guérison de phthisie du larynx. Dans la première, il s'agissait d'un homme atteint d'ulcérations tuberculeuses du pharynx et du nez. Un grattage énergique sous le chloroforme suivi d'un pansement à l'acide lactique amena une guérison complète. Un autre malade atteint d'infiltration aryénoïdienne avec altération de l'épiglotte et d'une corde vocale, fut soumis au traitement chirurgical ; en huit séances tous les foyers tuberculeux furent détergés. Un séjour à la campagne amena une amélioration réelle de l'état général avec disparition des signes subjectifs, au point que les lésions tuberculeuses ainsi traitées localement, étaient complètement cicatrisées.

En dehors des quelques malades chez lesquels le traitement chi-

(1) LUC. Contribution à la question de la curabilité de la tuberculose laryngée par le traitement chirurgical. *Congrès de Berlin*, août 1890.

rurgical a donné les meilleurs résultats et dont nous donnerons plus loin les observations, nous pourrions citer le cas remarquable d'un malade traité par le D^r Lermoyez pour une infiltration tuberculeuse de l'épiglotte et de la région postérieure du larynx, ayant amené par son volume des troubles sérieux de la respiration. L'extirpation de ces masses infiltrées fut suivie d'une amélioration immédiate dans l'état du malade, et les lésions laryngées disparurent, ne laissant que les traces de leur cicatrisation. (Nous relaterons plus loin dans tous ses détails cette intéressante observation.)

Nous ne voulons pas nous attarder plus longtemps à citer de nouveaux exemples qui viennent démontrer la curabilité de la tuberculose du larynx. Les faits sont probants, et, aux esprits non convaincus qui pourraient faire cette objection que la maladie peut guérir spontanément, par les efforts même de la nature, il est aisé de répondre avec Heryng que, si le traitement chirurgical a donné les plus brillants résultats, on ne peut guère citer, sur plus de 2,000 malades, qu'un seul cas où les lésions aient disparu sans le secours d'aucune médication.

MÉTHODES OPÉRATOIRES EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT CURATIF DE LA PHTISIE LARYNGÉE

Lorsqu'on veut tenter d'obtenir la guérison radicale de la tuberculose laryngée, il faut, avant tout autre chose, s'assurer que les conditions essentielles que nous avons énumérées, se trouvent réunies : lésions bien limitées ; surface facile à atteindre ; intégrité absolue des organes autres que le larynx. C'est seulement alors qu'on pourra s'adresser avec quelque chance de succès au traitement chirurgical ; les méthodes opératoires à employer sont au nombre de trois, et diffèrent complètement les unes des autres ; ce sont : 1° le curettage ; 2° la laryngofissure ; 3° l'extirpation du larynx, ou laryngectomie. Nous allons dès maintenant discuter les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

I. — **Curettage.** — Il est inutile de s'étendre ici sur le curettage et sa technique, que nous avons étudiés longuement dans un chapitre précédent. Le traitement par le curettage dont les résultats sont excellents, lorsqu'on l'emploie simplement comme palliatif des troubles fonctionnels, dyspnée et dysphagie, et, qui alors peut s'appliquer à la plupart des formes de la tuberculose laryngée, est au contraire bien plus limité dans ses indications, si on veut en faire un moyen de guérison radicale de cette maladie. Par l'extirpation des infiltrations diffuses de l'épiglotte, des aryténoïdes, une amélioration considérable sera obtenue dans des cas fréquents, tandis que la guérison ne sera qu'une rareté ; car, on comprend sans peine que ce n'est pas chose facile que d'enlever la totalité des parties malades, de détruire dans leur profondeur les foyers tuberculeux. En présence d'une lésion limitée, telle qu'une petite tumeur tuberculeuse, ou une légère ulcération très apparente, il n'en sera heureusement pas de même : la destruction complète en sera alors des plus faciles, ainsi que la cautérisation

du point d'attache sur la muqueuse, de manière à éviter les récives prochaines.

Les cas les plus favorables à la guérison sont ceux où les altérations laryngées bien limitées se présentent sous la forme de végétations pachydermiques et polypeuses, ou encore d'ulcérations superficielles peu étendues.

Les petites tumeurs tuberculeuses placées en un point quelconque des cordes vocales sont faciles à faire disparaître. L'opération consiste à les traiter simplement comme des tumeurs vulgaires et à en pratiquer l'extirpation à l'aide de la pince coupante. Une précaution indispensable est d'enlever complètement la tumeur, et non de raser seulement son point d'attache; qu'un petit morceau, en effet, si mince qu'il soit, reste adhérent à la corde vocale, l'opération est incomplète, et la récive survient sans tarder. D'ailleurs, à la suite de cette extirpation, il est nécessaire de porter un caustique sur la surface d'arrachement, de façon à détruire complètement tout le tissu tuberculeux, et à amener la formation d'un tissu de cicatrice inaltérable.

De même, pour les lésions tuberculeuses se présentant sous la forme de légères ulcérations, le seul mode de traitement dont l'efficacité puisse être certaine, est le curettage suivi d'une cautérisation énergique. Cette opération peut se faire d'une manière très simple avec la curette de Heryng ou celle de Krause; comme pansement consécutif, il faut avoir soin d'employer un caustique tel que l'acide lactique préconisé par Krause et Heryng, ou encore le naphthol camphré, dont les bons effets ont été bien souvent constatés. Ce traitement des ulcérations tuberculeuses par le curettage et l'acide lactique a été surtout préconisé par Krause et Heryng.

Krause (1) qui, comme nous l'avons vu, érigea en 1885 une méthode de traitement des ulcérations tuberculeuses fondée sur l'emploi de l'acide lactique, se proposait ainsi d'user des moyens chirurgicaux actifs pour combattre la phtisie laryngée, contre laquelle on se trouvait jusqu'alors désarmé. « Toute pensée d'hésitation, dit-il, qui fait rejeter l'emploi de moyens actifs, parce qu'il pourrait survenir une aggravation, trouve en elle-même sa condamnation puisqu'elle voue à une mort certaine le malade sans résistance, sans aide, et le laisse même sans la consolation que le médecin a tout essayé pour le sou-

(1) KRAUSE. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1886.

lager ou le sauver. » A la clinique de Schroetter, de Vienne, Jellinek contrôla les faits avancés par Krause et se montra partisan de la nouvelle méthode. Heryng à la 59^e réunion des médecins de Berlin montra que la curabilité des ulcérations tuberculeuses était rare, mais incontestable, et que Maurice Schmidt, Krause, Jellinek avaient avec raison lutté contre le scepticisme des médecins.

La technique du curettage contre les ulcérations ne diffère en rien de celle que nous avons déjà décrite à propos du traitement palliatif. Il faut seulement s'efforcer de détruire toute la surface ulcérée, d'abraser complètement la muqueuse jusqu'au tissu sain.

On porte ensuite, à l'aide d'un pinceau, une solution d'acide lactique sur les parties malades, en ayant soin de faire cette application aussi exactement que possible. La cautérisation à l'acide lactique étant toujours douloureuse, doit être précédée d'un badigeonnage à la cocaïne. Le naphтол camphré a été employé de préférence à l'acide lactique dans le service laryngologique de Lariboisière, où il a donné les meilleurs résultats à M. Gouguenheim. Il agit d'une façon remarquable sur les ulcérations tuberculeuses, et il présente le grand avantage d'être d'une application non douloureuse, et de ne pas déterminer de spasmes.

En résumé, la guérison radicale de la phtisie laryngée par le curettage, suivi de pansements antiseptiques, ne se produit que dans un nombre restreint de cas, en raison de la difficulté de trouver réunies les conditions indispensables dont nous avons parlé. Heryng, après avoir suivi un grand nombre de malades, n'a obtenu la guérison que chez 5 d'entre eux, et une cicatrisation plus ou moins durable des ulcérations chez 32 autres. Schæffer a signalé 4 guérisons complètes obtenues par la même méthode, et les malades se portaient bien deux ans après.

II. — **Laryngotomie.** — La difficulté d'atteindre les lésions tuberculeuses du larynx par la voie endolaryngée, et surtout d'arriver à détruire complètement les foyers bacillaires pour obtenir une guérison, a suggéré l'idée d'avoir recours à un procédé plus chirurgical, mais déjà connu et employé pour l'extirpation de certains polypes volumineux du larynx : ce procédé, qui est la laryngotomie, consiste à pratiquer au-devant du cou une ouverture à l'aide du bistouri, et à pé-

nétrer par cette voie dans la cavité pour y enlever les tumeurs qui s'y sont développées.

Proposée par Desault à la fin du XVIII^e siècle pour l'extirpation des tumeurs du larynx en général, la laryngotomie fut employée avant la découverte du laryngoscope par Brauers de Louvain en 1833, puis en 1844, par Ehrmann à Strasbourg.

La laryngotomie peut être totale ou partielle.

La laryngotomie totale ou laryngofissure consiste à fendre verticalement le cartilage thyroïde sur la ligne médiane dont on ne doit pas s'écarter, en faisant porter l'incision sur toutes les parties du larynx. La laryngotomie partielle, au contraire, peut se faire : 1^o par l'incision du thyroïde seul ; 2^o en fendant le ligament crico-thyroïdien : laryngotomie infra-thyroïdienne ; 3^o en fendant la membrane thyro-hyoïdienne : pharyngotomie sub-hyoïdienne de Malgaigne.

De ces trois procédés opératoires différents, c'est la laryngofissure qui peut trouver son emploi le plus fréquent, dans le traitement de la tuberculose laryngée. Elle permet d'ouvrir largement la cavité laryngienne, d'agrandir le champ opératoire, de mettre les lésions directement sous la main du chirurgien.

Duncan Gibb, il y a 25 ans, proposait déjà, dans les cas de péri-chondrite tuberculeuse, déterminant des accidents dyspnéiques, une fois ces accidents calmés par la trachéotomie, de fendre le larynx sur la ligne médiane, d'enlever les tissus altérés, et de pratiquer ainsi la désinfection de la cavité laryngée.

La laryngofissure cependant a été faite très rarement dans les cas de tuberculose laryngée.

Planchon (1) dans sa thèse sur la laryngotomie vante ce mode d'intervention dans le traitement de toutes les tumeurs du larynx : « Nous considérons la laryngotomie comme étant une opération sans gravité pour la vie, sans danger pour la phonation, et nous croyons que dans un grand nombre de cas, on devra préférer cette méthode à celle par les voies naturelles. Et, en effet, qu'arrive-t-il quand il s'agit d'une tumeur du larynx ? Par la laryngothérapie, on rencontre des difficultés constantes, souvent considérables ; on a toujours besoin d'un temps très long pour arriver à une destruction complète ; on n'est jamais sûr d'obtenir un bon résultat. Par la laryngotomie, au contraire, une

(1) PLANCHON. *Faits cliniques de laryngotomie*. Thèse de Paris, 1869.

fois, grâce au laryngoscope, le diagnostic rigoureusement établi, on peut agir avec facilité, rapidité et précision ».

Luc (1), partisan de la curabilité de la phtisie laryngée, est d'avis que la laryngofissure pourrait rendre les plus grands services dans le traitement de la tuberculose laryngée; en pratiquant plus souvent cette opération, on pourrait racler parfaitement les parties malades, et, lorsque l'appareil pulmonaire ne serait pas trop atteint, la guérison cesserait alors d'être l'exception.

Dans ces dernières années, le Dr Sajous (2) a tenté d'employer la laryngofissure pour le curettage de la cavité laryngienne, en mettant à profit les méthodes antiseptiques actuelles.

La laryngotomie supra-thyroïdienne, proposée presque en même temps par Malgaigne et Vidal de Cassis, et qui consiste à inciser transversalement la membrane thyro-hyoïdienne, fut faite pour la première fois en 1859, par Prat, chirurgien de marine, chez un tuberculeux pulmonaire atteint en même temps d'une tumeur endolaryngée déterminant une dysphagie extrême. Cette tumeur probablement tuberculeuse était située à la face inférieure de l'épiglotte; on pouvait la sentir avec le doigt, mais tous les moyens essayés pour l'extirper par la bouche furent suivis d'insuccès. Prat, par la laryngotomie enleva facilement cette tumeur, et le malade considérablement amélioré ne succomba que plus tard aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

La laryngofissure n'est pas une opération qui trouve ses indications dans tous les cas de tuberculose laryngée dont on veut obtenir la guérison radicale, mais on peut l'entreprendre, quand il y a une impossibilité manifeste d'enlever les tissus malades par les voies naturelles.

Lorsque les lésions tuberculeuses de larynx sont profondes et disséminées, que les ulcérations ou les végétations se cachent sous les fausses cordes, ou pénètrent dans les ventricules, et que le malade ne peut être examiné facilement au laryngoscope, on peut tenter l'ouverture de la trachée, mais c'est à la laryngofissure et non à une laryngotomie partielle qu'il faudra avoir recours.

Le manuel opératoire de la laryngofissure ne présente rien de particulier, mais, lorsqu'on pratique cette opération, il est nécessaire le

(1) LUC. *Congrès de laryngologie de Paris*, septembre 1889.

(2) SAJOUS. *Universal medical sciences*, Philadelp., 1889, t. III, p. 304.

plus souvent de la faire précéder d'une trachéotomie à quelques jours d'intervalle.

Cutter, Balassa, Serres de Montpellier, qui ont fait la laryngofissure pour des tumeurs polypeuses du larynx, n'ont pas fait de trachéotomie préalable, mais leur exemple ne doit pas être suivi.

Pour pratiquer cette opération (1), le malade étant endormi sous le chloroforme, on incise sur la ligne médiane tous les tissus jusqu'au thyroïde; là, on incise bien exactement sur sa partie moyenne, à l'aide d'un fort bistouri, ou, s'il est déjà ossifié, à l'aide de cisailles. La section du cartilage peut se faire complètement; dans certains cas, si l'ouverture est suffisante, on respecte la partie supérieure du thyroïde. Après cette incision, on écarte avec deux petites valves les deux ailes du cartilage, et, en s'aidant d'un éclairage suffisant, on arrivera sur le siège exact des lésions; on pourra alors enlever sans peine les diverses altérations tuberculeuses de la cavité, couper les végétations à l'aide d'un serre-nœud ou d'un écraseur, gratter les ulcérations à l'aide d'une mince curette, détruire les foyers tuberculeux profonds au galvanocautère ou au thermocautère. Cette opération doit être suivie d'un pansement antiseptique fait avec un liquide caustique; on peut se servir d'une solution forte d'acide lactique ou de naphтол camphré dont on badigeonne fortement la surface abrasée de la muqueuse.

Pendant l'opération, le sang pourrait couler dans la trachée et produire des accidents asphyxiques, si on n'avait soin de se servir d'une canule tampon, ou simplement d'envelopper la canule d'une couche de gaze iodoformée qui absorbe le sang et l'empêche de s'écouler vers la trachée; on peut aussi renverser la tête en arrière, et opérer le malade dans une position déclive. L'opération terminée, on rapproche autant que possible les deux ailes du cartilage thyroïde dans leur position normale, et on suture les deux lèvres de la plaie.

La laryngotomie, malgré les avantages qu'elle semble présenter, a été peu souvent employée dans le traitement curatif de la tuberculose laryngée, et on ne peut guère citer que quelques cas où elle a été mise en pratique. C'est ainsi que Karl Becker (2), qui a réuni 120 opérations de laryngotomie pour des affections de nature différente, a relaté

(1) SCHWARTZ. *Tumeurs du larynx*. Thèse d'agrégation, 1886.

(2) KARL BECKER. Statistique de la laryngofissure. *Münch. med. Wochenschrift*, 23-30 avril 1889.

un cas de tuberculose laryngée que Hopman traita par la laryngofissure. L'opération fut suivie d'une cautérisation énergique des parties malades et l'opéré guéri put vivre encore pendant onze ans.

Clarence Rice (1) a aussi rapporté une observation de laryngofissure pratiquée chez un individu atteint de tuberculose laryngée. Il s'agissait d'un malade de 29 ans atteint de lésions bacillaires du larynx, constituées par une grosse tumeur rouge, arrondie, siégeant au niveau de l'aryténoïde gauche ; la présence de cette tumeur empêchait de voir par l'examen laryngoscopique l'intérieur de la glotte. Comme cet homme avait avalé autrefois une arête de poisson, on crut à un abcès consécutif ; mais l'incision de cette tumeur ne donna pas lieu à un écoulement de pus. Le malade ayant été trouver Gester de New-York, celui-ci pratiqua l'extirpation de la tumeur par laryngofissure ; l'examen du néoplasme révéla sa nature tuberculeuse ; l'opération d'ailleurs fut suivie de succès.

La laryngofissure qui peut présenter de grands inconvénients dans l'extirpation des polypes bénins en offre beaucoup moins, en face des altérations de la tuberculose laryngée. C'est en effet une opération qui peut laisser après elle des troubles fonctionnels considérables, surtout du côté de l'organe de la phonation. S'il est à redouter qu'après l'extirpation d'un simple polype la voix se trouve profondément altérée, cet inconvénient n'a plus la même importance lorsqu'il s'agit de lésions tuberculeuses, ayant modifié à tout jamais l'état des cordes vocales, et amené depuis longtemps une perte de la voix irrémédiable. Si donc, on peut espérer par la laryngofissure détruire tous les foyers de tuberculose et amener la guérison, l'hésitation n'est pas possible et l'opération doit être tentée.

III. — **Laryngectomie.** — Il est une dernière méthode, plus radicale que la précédente, de traitement curatif de la phtisie laryngée, c'est l'extirpation totale du larynx. Cette opération, tentée d'abord chez le chien par Albers de Bonn, puis par Czerny, Billroth, etc., entrée maintenant dans la pratique chirurgicale, comme traitement du cancer du larynx, n'a guère été employée dans la tuberculose de cet organe. Cependant, comme l'a dit avec raison M. Gouguenheim, on

(1) CLARENCE RICE. De quelques manifestations rares de la tuberculose dans le larynx. *Archives de laryngologie*.

pourrait admettre l'utilité d'extraire cet organe, s'il était reconnu qu'il fût le siège unique de la tuberculose ; on considérerait alors la phtisie laryngée, comme une tuberculose locale dont on pourrait débarrasser l'organisme et lui éviter une infection généralisée, comme on le fait pour la tuberculose de l'œil ou du testicule.

L'extirpation d'un larynx tuberculeux n'a jamais été faite qu'à la suite d'une erreur de diagnostic, alors qu'on croyait se trouver en présence d'un cancer. Le cas le plus connu est celui de Gussenbauer de Prague (1), rapporté dans la thèse d'agrégation de Schwartz : un jeune homme de 24 ans, né de parents tuberculeux, malade depuis 8 mois, vient à la clinique de Gussenbauer, pour des troubles fonctionnels respiratoires ; à l'examen laryngoscopique, on constatait au niveau d'une des cordes vocales une tumeur bien limitée, sans trace d'ulcération, sans zone inflammatoire environnante. La trachéotomie fut d'abord faite pour parer aux accidents asphyxiques. Le diagnostic de cancer du larynx ayant été fait à la suite d'un examen histologique erroné, l'extirpation totale de l'organe fut pratiquée par Gussenbauer. Deux mois après, le malade mourait de tuberculose pulmonaire, et, alors l'examen histologique montra qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, mais d'une tumeur tuberculeuse avec prolifération considérable de cellules épithélioïdes.

Kocher de Berne (2), en 1880 pratiqua la laryngectomie pour un lupus du larynx. Le malade survécut trois ans et mourut de tuberculose généralisée.

Mac Leod (3) de Calcuta, chez un homme de 35 ans atteint de papillome tuberculeux du larynx, enleva tout cet organe, ainsi que le corps thyroïde. Le malade survécut 5 mois et demi, et mourut de tuberculose pulmonaire, comme l'autopsie permit de le vérifier.

Jordan Lloyd (4) enleva à un homme de 51 ans la totalité du larynx que l'on croyait atteint de cancer : il s'agissait d'une tumeur tuberculeuse, et la mort survint six jours après l'opération par pneumonie.

Ces résultats, comme on le voit, sont loin d'être encourageants, et ce petit nombre d'opérations, faites la plupart par erreur de diagnos-

(1) GUSSENBAUER (de Prague). *Centralb. für Chirurgie*, n° 45, 1882.

(2) KOCHER (de Berne). Lettre à Solis-Cohen, 24 septembre 1883.

(3) MAC LEOD (de Calcutta). *Ind. med. gaz.*, vol. XVIII, p. 26, 1883.

(4) JORDAN LLOYD. *Lancet*, 29 novembre 1884, p. 971.

tic, ne permet pas de porter un jugement sur la valeur thérapeutique de cette opération. Solis-Cohen qui a fait des recherches sur les résultats fournis par la laryngectomie, montre que cette statistique est une véritable nécrologie, et il dit, qu'on ne doit jamais y avoir recours, la trachéotomie étant suffisante pour pallier aux troubles respiratoires, et donnant de meilleurs résultats au point de vue général. En effet, sur les 4 cas que nous venons de relater, les résultats n'ont pas justifié la nécessité d'une aussi grave opération : dans le premier, la survie ne fut que de six jours, une pneumonie ayant emporté le malade ; dans les trois autres, elle fut de 2 mois, de 5 mois, de 2 ans et demi, et toujours la tuberculose pulmonaire a déterminé la mort.

Malgré cette sombre statistique, Pinçonnat (1) dans sa thèse, ne condamne pas sans réserve la laryngectomie : « Peut-être, dit-il, l'opération conviendrait-elle dans le cas de lupus très étendu, alors que le traitement local apporte peu ou pas de soulagement, et que le sujet ne se cachectise pas ? Peut-être conviendrait-elle aussi dans les cas assez rares de tuberculose et de cancer associés ? ». Plusieurs auteurs sont même d'avis que ce mode de traitement peut donner des succès, lorsque la tuberculose est bien limitée au larynx ; c'est ainsi que Fraenkel, Masséi, Retz regardent la laryngectomie comme praticable dans la tuberculose primitive du larynx ; contrairement à l'avis de Solis-Cohen, ils estiment que l'extirpation de l'organe est préférable à la trachéotomie.

Le petit nombre de laryngectomies tentées jusqu'à ce jour, comme traitement curatif de la tuberculose, les insuccès constants qu'elles ont donnés, et aussi le manque d'indications opératoires précises, tout empêche de porter un jugement sérieux sur la valeur thérapeutique de cette opération. Et, jusqu'à ce que de nouvelles tentatives plus heureuses aient été faites, on peut condamner cette méthode qui, en raison de sa gravité, ne mérite pas de prendre place dans la pratique chirurgicale de la phtisie du larynx.

(1) PINÇONNAT, *Extirpation du larynx*. Thèse de Paris, 1890.

OBSERVATIONS

OBS. I. — *Laryngite tuberculeuse. Curettage du larynx. Amélioration considérable. Suppression des troubles respiratoires. Cicatrisation parfaite des parties curettées.* (Observation inédite due à l'obligeance de M. LERMOMEZ, médecin des hôpitaux.)— Le nommé M..., Léonard, garçon de magasin, âgé de 38 ans, entre le 24 février 1892, au bastion 36, dans le service de M. Lermomez.

Le malade vient à l'hôpital pour des étouffements tels, que la veille l'interne de garde à l'hôpital Bichat avait voulu lui faire une trachéotomie qu'il refusa. Ces étouffements ont débuté il y a 5 mois ; antérieurement sa santé était excellente ; actuellement il y a une dyspnée continue, s'exagérant beaucoup par les efforts, et coupée de paroxysme d'orthopnée nocturne. En même temps s'est montrée une certaine sensibilité à la déglutition. Pas d'antécédents syphilitiques.

Au mois de novembre 1891, il est traité sans succès à la clinique laryngologique de Lariboisière, par des injections intra-laryngiennes d'huile mentholée.

Depuis huit jours, la dyspnée a considérablement augmenté. Actuellement le malade est en proie à une dyspnée continue avec tirage sus-claviculaire, et cornage laryngien perceptible à distance. Il a un peu maigri, mais ne tousse pas, ne crache pas, et n'a pas de fièvre vespérale. La voix est enrouée, surtout étouffée ; elle a peine à sortir. La dysphagie est légère.

Le cou extérieurement présente son aspect normal. Pas d'adénopathie apparente. Conservation du craquement laryngo-vertébral.

Au *laryngoscope* : Epiglote et replis aryténo-épiglottiques très infiltrés, de couleur rose pâle, d'aspect fissé. Pas d'ulcérations ; pas de pus à la surface.

Infiltration également intense de la région postérieure. Les deux aryténoïdes forment deux tumeurs arrondies, très rouges, intimement accolées, et venant s'appuyer en avant sur l'épiglotte, de manière à effacer toute la lumière du vestibule laryngien.

L'aryténoïde gauche est totalement immobile ; le droit présente quelques légers mouvements.

Entre les aryténoïdes et l'épiglotte demeure béant un espace triangulaire de quelques millimètres de côté, qui suffit à peine à la respiration. A grand'peine on aperçoit dans la profondeur les cordes vocales ; elles sont

tuméfiées, infiltrées, rouges, s'écartant à peine, laissant entre elles une fente maxima de 2 millim. de largeur.

L'auscultation donne des renseignements très vagues. L'air pénètre avec difficulté dans les alvéoles? il y a un état d'emphysème aigu. Aux deux sommets, respiration un peu soufflante de même timbre que le cor-nage glottique. Pas de râles.

Traitement. — Injections d'huile mentholée à 1/10 dans le larynx.

Le repos au lit et l'huile mentholée ont amené une légère sédation des symptômes laryngés.

21 mars. La dysphagie a diminué, mais l'aphonie persiste. Le malade est pris de dyspnée, s'il fait un mouvement. L'épiglotte a beaucoup diminué de volume; mais les aryténoïdes demeurent toujours aussi tuméfiés. Les replis aryténo-épiglottiques se sont beaucoup dégorgés; il y avait donc en ce point de l'œdème vrai. Il est assez aisé de soulever l'épiglotte; on constate que la glotte est à peu près normale, et que l'obstacle à la respiration est vestibulaire.

Les bandes ventriculaires sont un peu infiltrées, mais non ulcérées. Les cordes vocales, rosées, ont conservé leur forme : la droite se meut bien, mais la gauche est immobilisée en demi-abduction.

Le 26. Sur la demande du malade, qui dit ne se sentir aucunement amélioré par les pansements du larynx, je procède au curettage.

Après cocaïnisation avec la solution au 1/5, j'enlève avec la pince emporte-pièce du Dr Gouguenheim, toute la masse infiltrée qui surmonte l'aryténoïde gauche, masse du volume d'une aveline.

Les jours suivants, il n'y a ni réaction locale, ni réaction générale; aucune douleur, aucune exagération de la dyspnée à la suite de l'opération.

Le 28. Je fais pulvériser dans le larynx, de l'eau phéniquée à 1/200. La plaie a un bel aspect rosé, et ne montre pas de revêtement pseudo-membraneux.

6 avril. Dans une nouvelle séance, je procède à l'extirpation de la masse sus-aryténoïdienne droite en ayant soin de ne pas enlever le cartilage aryténoïde droit, dont les mouvements sont conservés. J'enlève aussi une partie du repli aryténo-épiglottique correspondant, mais sans toucher à l'épiglotte. Absence de réaction locale et générale.

J'institue maintenant des pansements du larynx à l'acide lactique à 25 0/0.

Le 12. Le malade sort sur sa demande. Il n'a plus de dysphagie, respire très aisément, et a repris une mine excellente. Les plaies opératoires sont roses, bourgeonnent bien et ne montrent aucune tendance ulcéreuse.

Maintenant on voit nettement la glotte; malgré l'immobilisation de la corde gauche, l'écartement glottique est bien suffisant aux besoins d'une respiration même active; et la trachéotomie dans ce cas aurait été tout à fait injustifiée.

20 août. Le malade vient me revoir à Lariboisière. Il a très bonne mine ; depuis le curettage fait au bastion, il a repris ses forces, et exerce maintenant sa profession sans gêne. Il n'a plus du tout de dyspnée, la dysphagie a cessé dès le lendemain de l'opération. Seulement la voix demeure rauque, peu sonore. L'épiglotte est toujours rouge, infiltrée, lisse. Mais au niveau des régions aryénoïdiennes, là où a eu lieu l'extirpation, il n'existe aucune trace d'ulcération : la cicatrisation est parfaite ; la muqueuse a repris son aspect normal ; c'est même au niveau des régions opérées que la muqueuse laryngée présente l'aspect le plus sain. Au-dessous, les cordes vocales sont un peu plus atteintes qu'il y a 3 mois : elles sont rouges et infiltrées ; toutes deux présentent une légère mobilité et parviennent presque à se toucher sur la ligne médiane.

En résumé, le curettage a ici eu un triple résultat : 1° de supprimer totalement une dyspnée telle que la trachéotomie semblait nécessaire ; 2° d'améliorer considérablement l'état du sujet ; 3° d'amener une cicatrisation parfaite des parties curettées.

Obs. II. — *Pachydermie tuberculeuse. Curettage. Guérison.* (Personnelle.) — La nommée Loer..., Marie, âgée de 21 ans, domestique, entre le 19 mars 1892, dans le service de M. Gouguenheim, salle Aran, n° 5, à l'hôpital Lariboisière. Elle est malade depuis le mois d'août de l'année précédente, époque à laquelle elle commença à tousser, et à avoir quelques légers troubles de la voix. Comme maladies antérieures, elle a eu la scarlatine dans son enfance et la chlorose quelques années plus tard.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire.

L'altération de la voix d'abord intermittente, et constituée par un peu d'enrouement, augmenta peu à peu d'intensité, et au mois de février, l'aphonie était à peu près complète. En même temps survint une gêne assez grande de la respiration, se traduisant par de véritables accès de suffocation à la suite d'une fatigue ou d'un effort.

La malade ne pouvant plus parler, et n'ayant plus assez de force pour remplir son emploi de domestique, entre à l'hôpital le 19 mars 1892. A son entrée on constate un assez mauvais état général, avec pâleur de la face, mais sans trop d'amaigrissement. La dysphonie est prononcée et la parole ne se fait qu'à voix basse. La respiration est courte et gênée ; quelques accès de suffocation pendant la nuit.

Examen laryngoscopique. — Le voile du palais et les piliers sont remarquables par leur pâleur. Rien de particulier dans le pharynx. L'épiglotte est un peu épaissie, rouge, tombante. Les bandes ventriculaires ainsi que les cordes vocales inférieures sont un peu épaissies, rouges, mais sans trace d'ulcération. Pendant la phonation, les vraies cordes se meuvent assez facilement. A la région aryénoïdienne, infiltration assez marquée. Entre les deux cartilages aryénoïdes, se voit un épaississement de la muqueuse avec des végétations verruqueuses, mamelonnées, faisant saillie

entre les cordes ; ces végétations à la partie postérieure empêchent les cordes de venir tout à fait en contact pendant l'émission de la voix.

Auscultation. — Un peu de submatité à gauche dans la fosse sus-épineuse ; respiration soufflante ; quelques craquements secs.

Dans les crachats on retrouve au microscope des bacilles de Koch.

Pendant les 15 premiers jours qui suivent son entrée on fait dans le larynx des pansements à l'huile créosotée, sans qu'il se produise aucun changement.

15 avril. Après une nouvelle injection d'huile créosotée, et une cocaïnisation préalable à l'aide de la solution au 1/5, on procède à un grattage de la paroi postérieure du larynx, en se servant de la curette de Heryng ; on retire ainsi de petits morceaux de tissu qui, examinés quelques jours plus tard, sont reconnus comme étant constitués par des follicules tuberculeux, avec cellules géantes et bacilles de Koch. La petite plaie opératoire qui ne saigne pas, est touchée fortement avec un pinceau imbibé de naphthol camphré.

Pas de réaction locale, ni générale.

Les jours suivants, respiration un peu plus facile ; la voix est toujours très enrôlée.

Le 22. Nouveau curettage, suivi du pansement au naphthol camphré.

14 mai. A l'aide de la curette, on enlève cette fois un gros morceau végétant. La voix le jour même redevient un peu plus claire. La respiration est plus libre ; plus d'accès d'étouffement. Les jours suivants, on constate que la plaie se cicatrise rapidement ; elle est rosée, sans être recouverte de fausses membranes.

Pendant tout le mois de juin la malade reste à l'hôpital, où on lui fait quelques petits grattages toujours suivis du pansement caustique. La voix est devenue plus claire ; l'amélioration est très sensible, car la malade peut monter les escaliers sans essoufflement.

12 juillet. La malade se trouvant beaucoup mieux, quitte l'hôpital pour s'en aller à la campagne.

Elle revient le 8 août 1892. État général très amélioré ; elle a en trois semaines engraisé de 8 livres.

La voix est meilleure, mais, par instants, elle est encore légèrement voilée. Pas de dyspnée, ni de dysphagie. Bon appétit.

A l'*examen laryngoscopique*, on constate une cicatrisation complète des lésions interaryténoïdiennes : il n'y a plus de masses végétantes ; la muqueuse est seule un peu épaissie à ce niveau. Les cordes vocales sont restées rouges, mais ne sont pas ulcérées.

Les aryténoïdes sont mobiles, et ne présentent aucune altération.

L'*auscultation* des poumons ne révèle aucune particularité ; les lésions sont restées stationnaires ; un peu de submatité à gauche, avec respiration soufflante.

La malade part en Suisse, considérablement améliorée. On peut la con-

sidérer comme guérie de ses lésions du côté du larynx. Nous avons eu dernièrement des nouvelles de notre malade. L'amélioration a persisté, et elle a encore engraisé de quelques livres.

En résumé, le curettage dans ce cas a eu pour effet : 1° de faire revenir la voix qui était éteinte ; 2° de calmer les accès de suffocation, et de rétablir la respiration normale ; 3° de combattre les progrès de la tuberculisation pulmonaire, et de remonter l'état général.

Obs. III. — *Pachydermie tuberculeuse. Curettage. Guérison.* (Personnelle.) — La nommée Her..., Camille, âgée de 23 ans, femme de chambre, entre le 28 décembre 1891, dans le service de M. Gouguenheim, salle Aran, n° 24, à l'hôpital Lariboisière.

Cette malade qui tousse depuis quatre ans, a été prise en janvier 1891 de troubles de la voix qui s'est couverte peu à peu jusqu'à devenir complètement aphone. A 16 ans, elle avait eu quelques légères hémoptysies ; elle s'enrhume très facilement, et comme maladies antérieures elle a eu la rougeole, la coqueluche et la fièvre typhoïde. Depuis trois ans, elle était, de plus, soignée à l'hôpital Saint-Louis par M. Besnier pour un petit lupus érythémateux de la joue gauche et de l'oreille du même côté. Comme *antécédents héréditaires*, elle n'offre rien de particulier, et ses parents se portent bien.

A son entrée, on constate chez cette malade un mauvais état général et une faiblesse assez grande. Amaigrissement assez marqué ; perte de l'appétit. Menstruation irrégulière. Les troubles de la voix sont très prononcés, et l'aphonie est presque complète. La respiration est pénible et gênée ; fréquents accès de dyspnée, à la suite d'une quinte de toux, mais sans tirage. La toux est rauque et étouffée. La malade ne peut avaler qu'avec peine ; la déglutition se fait mal, et cette dysphagie est marquée même pour avaler la salive.

Examen au laryngoscope. — Épiglotte normale. Bandes ventriculaires épaissies, rouges, un peu infiltrées. Cordes vocales inférieures légèrement tuméfiées, rouges, mais sans ulcération. Les cartilages aryténoïdes sont rouges, mais ne présentent pas d'augmentation de volume. A la région interaryténoïdienne se voient des masses végétantes, mamelonnées, faisant saillie dans la glotte ; autour d'elles la muqueuse rouge est fortement épaissie ; ces petites végétations pachydermiques empêchent le rapprochement complet des cordes vocales en arrière.

Auscultation. — Du côté droit, les lésions tuberculeuses ne sont pas douteuses ; au sommet, dans la fosse sus-épineuse droite, ainsi qu'en avant, on entend quelques râles muqueux fins. Du côté gauche, on constate un peu de submatité à la percussion, une diminution du murmure vésiculaire et quelques petits craquements. Les crachats contiennent des bacilles de Koch. Pendant un mois, pansements du larynx à l'huile créosotée et à l'huile mentholée. La dysphagie est un peu améliorée, mais les troubles vocaux ne sont nullement amendés.

25 janvier. Après cocaïnisation, et un dernier pansement à l'huile créosotée, on fait à l'aide de la curette de Heryng un premier curettage de la cavité laryngienne. On retire un morceau de végétation pachydermique du volume d'un gros pois (ce morceau de tissu, examiné ultérieurement au microscope, a été reconnu comme étant de nature tuberculeuse : follicules tuberculeux et cellules géantes). La plaie opératoire ne saigne pas ; elle est immédiatement cautérisée au naphthol camphré ; puis on fait ensuite un nouveau pansement à l'huile créosotée. Le pansement détermine un léger spasme qui dure quelques instants, la malade étant très nerveuse. Pas de réaction locale ; pas de fièvre le soir ; un peu de constriction douloureuse dans la gorge.

8 février. Nouveau curettage fait dans les mêmes conditions.

Le 10. L'amélioration est déjà sensible. La respiration est devenue plus facile, et les accès de suffocation ne se sont pas reproduits avec autant de violence. La dysphagie semble surtout avoir bénéficié de cette intervention ; la salive est avalée sans douleur, et la déglutition des aliments solides est devenue plus facile. La voix est toujours couverte.

Pendant le mois de février et celui de mars, on pratique une série de curettages du larynx, avec pansements au naphthol camphré.

Au commencement de mai, l'amélioration est très sensible. La voix est un peu revenue, et la malade parle assez haut pour se faire entendre à distance. L'appétit est revenu, grâce à la disparition de la dysphagie, et l'amaigrissement qui était progressif a cessé ; au contraire la malade semble reprendre de la force et un peu d'embonpoint. La malade se sentant mieux portante quitte l'hôpital pour aller passer l'été à la campagne.

Elle revient à Lariboisière le 9 août 1892, complètement transformée ; elle a engraisé de 10 livres. Elle a retrouvé ses forces, et elle revient à Paris pour se placer comme femme de chambre. Les accès d'étouffement ainsi que la dysphagie ont complètement disparu. La voix, qui au début était aphone, est maintenant claire.

A l'examen du larynx, on constate que les cordes vocales ne sont plus infiltrées ; elles sont légèrement rosées ; à la région interaryténoïdienne, la muqueuse reste épaissie, mais sans végétations.

Du côté de l'appareil pulmonaire, on voit que les lésions ne se sont pas étendues ; elles restent absolument limitées au sommet.

12 novembre 1892. — La malade est toujours dans un état excellent. Elle ne tousse presque pas ; elle peut remplir ses fonctions assez pénibles de femme de chambre sans la moindre fatigue. Elle respire facilement, et elle peut monter des étages et porter des fardeaux sans avoir, comme autrefois, des accès de suffocation. La voix est claire, à peine voilée de temps à autre, son appétit est excellent, et ses digestions sont faciles ; elle a augmenté de 22 livres.

10 janvier 1893. La malade revient à Lariboisière pour se faire soigner e petit lupus qu'elle porte à la figure.

En l'examinant, on voit que les cordes vocales sont revenues à leur état normal; à la région interaryténoïdienne persiste seulement un peu d'épaississement de la muqueuse. La voix est toujours claire. L'appétit est bon, et le changement dans l'état de la tuberculose pulmonaire est appréciable; la malade ne tousse plus, et on constate en arrière du côté droit, de l'induration pulmonaire bien limitée au sommet; à gauche les lésions n'ont pas progressé; on n'entend plus de craquements. L'amélioration est telle que la malade qui, au début du traitement, pesait 102 livres, a maintenant un poids de 132 livres, soit une augmentation de 30 livres.

En résumé, l'action du curettage a été dans ce cas de : 1° faire revenir la voix, alors qu'il y avait une aphonie complète; 2° faire disparaître la dyspnée et la dysphagie; 3° produire dans l'état général une amélioration assez grande pour amener une augmentation de poids de 30 livres; 4° d'avoir contribué à arrêter l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

OBS. IV. — *Pachydermie tuberculeuse, avec ulcérations interaryténoïdiennes. Curettage. Guérison.* (Personnelle.) — La nommée Lan... Jeanne, âgée de 44 ans, ménagère, entre le 29 avril 1892, à Lariboisière, salle Aran, n° 7.

Elle ne présente aucun antécédent morbide ni héréditaire; elle n'est malade que depuis le mois de décembre de l'année dernière, où elle contracta une bronchite qui la força de s'aliter pendant plusieurs jours; elle ne s'est pas remise complètement de cette bronchite à la suite de laquelle elle eut une légère hémoptysie; depuis cette époque ses forces ont diminué; l'appétit a disparu, et un amaigrissement assez rapide s'est manifesté.

Au mois d'avril la voix, qui jusqu'alors était restée indemne, commence à se voiler, et en quelques jours une aphonie complète se produit; en même temps la respiration devient difficile, puis éclatent des accès de dyspnée qui font craindre la suffocation. Entrée à Lariboisière le 29 avril 1892. État général assez bon. Figure un peu amaigrie. L'aphonie est à peu près complète. La respiration est très gênée, mais le repos amène une sédation assez grande.

Depuis quelques jours, il s'est produit une gêne sérieuse dans la déglutition, qui va en augmentant d'intensité, au point que la malade peut avec peine avaler sa salive.

Examen au laryngoscope. — L'épiglotte est intacte et ne présente qu'un peu de rougeur. Les bandes ventriculaires sont normales. Les cordes vocales mobiles présentent seulement une coloration légèrement rosée. A la région interaryténoïdienne se voient de petites exulcérations, recouvertes de mucosités grisâtres; la surface de la muqueuse est surmontée de petites végétations verruqueuses, grisâtres, faisant saillie dans l'ouverture glottique.

Auscultation. — A droite et en arrière un peu de submatité à la percussion; diminution du murmure vésiculaire; craquements secs. Pendant

quelques jours on fait dans le larynx des pansements à l'huile mentholée.

12 mai. Après cocaïnisation, curettage de la région interaryténoïdienne. Pansement au naphtol camphré.

Pas de réaction les jours suivants. Pas de changement appréciable. La dysphagie persiste. On continue chaque jour les irrigations laryngiennes d'huile mentholée.

Le 24. Nouveau curettage du larynx. Les petites végétations verruqueuses sont parfaitement raclees, et la plaie opératoire est soigneusement cautérisée.

Le 26. Amélioration sensible. La voix redevient à peu près normale; la dysphagie cependant est peu modifiée, et la déglutition se fait encore avec effort.

Le lendemain la malade appelée au dehors pour raison d'affaires, quitte l'hôpital.

Elle revient le 16 juin à la clinique. On constate alors un changement complet dans son état. La voix est très claire, et elle parle avec facilité, et sans effort respiratoire. Les forces sont revenues, l'appétit est bon; elle a engraisé de quelques livres. Se sentant mieux portante, elle a repris complètement son travail.

A l'examen laryngoscopique, on voit qu'il n'y a plus aucune lésion à la région interaryténoïdienne: les verrucosités ont disparu, et les exulcérations sont complètement cicatrisées. Les cordes vocales sont simplement un peu rouges.

En résumé, on voit dans cette observation que le traitement chirurgical a eu les meilleurs effets; grâce à lui, des altérations graves de la voix, puisque l'aphonie était complète, ont pu cesser d'une manière très rapide; de même la dysphagie qui compromettait l'état général a été aussi complètement calmée; enfin le curettage et les pansements au naphtol camphré ont amené une cicatrisation d'ulcérations manifestement tuberculeuses.

Obs. V. — *Pachydermie tuberculeuse. Curettage. Amélioration.* (Personnelle.) — La nommée Léo..., Simone, âgée de 34 ans, sans profession, entre le 3 septembre 1892, à l'hôpital Lariboisière, salle Aran, n° 15.

La maladie a débuté, il y a un an, par de l'enrouement. La voix claire le matin, se couvrait surtout dans la soirée; elle s'est mise à tousser à la même époque; amaigrissement sensible, perte de l'appétit et des forces. Pas d'hémoptysies. Elle n'avait jamais été malade, et tous ses parents sont actuellement vivants et en bonne santé.

Elle vient le 3 septembre consulter à la clinique de Lariboisière pour son enrouement, et une certaine gêne qu'elle éprouve en avalant, depuis quelques jours. L'état général est assez bon, mais la voix est couverte, éteinte. La déglutition des aliments solides détermine une vive douleur.

A l'examen du larynx on ne constate rien de particulier à l'épiglotte. Les bandes ventriculaires, les cordes vocales inférieures sont rouges, mais

non infiltrées. Les aryténoïdes paraissent normaux et ont conservé leur mobilité. A la région interaryténoïdienne, la muqueuse est épaissie, rougeâtre, hérissée de petites végétations verruqueuses.

A l'auscultation, on constate une infiltration du sommet du poumon droit, surtout en avant; à gauche la respiration est seulement soufflante.

8 septembre. Curettage de la région interaryténoïdienne à l'aide de la curette de Heryng; on cautérise la plaie opératoire au naphthol camphré.

Les jours suivants, rien de particulier.

Le 13. Amélioration sensible. Voix un peu plus claire. La malade peut manger plus facilement que d'habitude. On pratique le même jour un nouveau curettage, suivi du pansement ordinaire.

Le 18. L'amélioration persiste. La dysphagie a à peu près disparu. La respiration se fait sans difficulté. La voix est plus claire. A l'examen du larynx, on constate la disparition des végétations de la région interaryténoïdienne, mais les cordes vocales ont conservé leur rougeur. La malade quitte l'hôpital le 21 septembre 1892.

Dans cette observation, le curettage a calmé la dysphagie, rendu la respiration normale et atténué les troubles de la phonation.

Obs. VI. — *Pachydermie tuberculeuse. Curettage. Disparition des troubles, fonctionnels.* (Personnelle.) — La nommée Geo..., Marie, âgée de 25 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Gouguenheim, le 7 avril 1892.

Cette femme est atteinte depuis deux ans de troubles du côté de la phonation; la voix s'est couverte au mois de mai 1891; c'était d'abord un léger enrouement qui augmenta peu à peu; par intervalles cependant la voix redevenait presque claire, mais il y a un an, à l'enrouement finit par succéder une dysphonie très prononcée. Depuis cette époque elle a beaucoup maigri; elle tousse et perd ses forces. Tous les hivers elle contracte une bronchite qui persiste jusqu'au printemps.

Elle n'a fait aucune maladie sérieuse, et elle ne présente aucun antécédent héréditaire.

Au mois de novembre 1891, elle vient à la clinique laryngologique de Lariboisière, où on lui fait pendant un certain temps des pansements à l'acide lactique dans le larynx.

Au mois d'avril 1892, elle entre dans le service. Mauvais état général. Voix complètement aphone. La respiration est très gênée et des accès d'étouffement se manifestent au moindre effort. L'appétit est nul, mais il n'y a pas de dysphagie. *Examen laryngoscopique.* — Pâleur très marquée du voile du palais. Hypertrophie considérables des amygdales linguales.

Rien à l'épiglotte. Gonflement des bandes ventriculaires. Les cordes vocales sont rouges, mobiles, mais pas ulcérées. Les aryténoïdes ne sont pas augmentés de volume; la muqueuse à la surface est rouge, sans épaississement; les ligaments aryténo-épiglottiques sont normaux. A la région

interaryténoïdienne, et surtout à la partie moyenne, petites végétations faisant saillie à la surface de la muqueuse.

Auscultation : Les lésions pulmonaires sont manifestes. Du côté droit, en avant et en arrière, infiltration très nette avec râles fins et craquements humides. A gauche, matité à la percussion, avec quelques craquements et respiration soufflante. Bacilles de Koch dans les crachats.

Après une semaine d'irrigations d'huile mentholée et d'huile créosotée faites dans le larynx pour l'aseptiser, on fait le 15 avril un premier curettage dans le larynx. On retire de petits morceaux de végétation. Pansement consécutif au naphтол camphré. Rien de particulier après le premier curettage.

Le 25 avril, nouvelle intervention. Les jours suivants la voix semble revenir un peu. La respiration est plus facile.

10 mai. Troisième curettage, avec pansement consécutif. L'aphonie est moins complète. La voix se modifie favorablement. Plus de troubles respiratoires. Le malade mange avec un peu plus d'appétit. Pas de changement dans les lésions pulmonaires. La malade quitte l'hôpital le 20 mai 1892.

En résumé, l'action du curettage a été dans ce cas de : 1° faire disparaître l'aphonie ; 2° rendre la respiration facile, en mettant un terme aux accès de suffocation qui ne reconnaissaient pas pour cause la tuberculose du poumon.

Obs. VII. — *Pachydermie tuberculeuse. Curettage. Amélioration.* (Personnelle.) — Le nommé Duch..., Emile, âgé de 29 ans, employé d'administration, vient consulter au mois de mars pour des troubles de la voix, à la clinique de laryngologie à l'hôpital Lariboisière.

Il n'a jamais eu de maladies sérieuses, si ce n'est une bronchite en 1890, qui dura deux mois. A la suite de cette maladie, il maigrit pendant quelque temps, mais les forces ne tardèrent pas à revenir. Cependant depuis cette époque, il a toujours un peu souffert de la gorge.

Au commencement de l'année 1892, les altérations de la voix allèrent en augmentant, au point que le mois suivant, l'aphonie était à peu près complète.

Le malade n'éprouve aucune gêne pour respirer, et il mange sans difficulté.

Examen laryngoscopique. — Rien au voile du palais, ni au pharynx. Épiglote rosée, sans infiltration. Régions aryténoïdiennes, rouges ; muqueuse un peu gonflée ; entre les aryténoïdes, lésions pachydermiques très nettes : on voit au-dessus de la muqueuse de petites végétations mamelonnées, faisant saillie entre les cordes vocales.

Les bandes ventriculaires sont un peu rouges, mais non infiltrées. Les cordes vocales inférieures sont rouges, non ulcérées ; au niveau de la commissure postérieure se trouvent aussi quelques petites végétations.

A l'*auscultation*, on constate aux sommets des deux côtés quelques légers signes d'infiltration tuberculeuse.

18 février. Curettage du larynx, après une série de pansements antiseptiques à l'huile créosotée.

Le 26. Nouveau grattage dans lequel on enlève un morceau de végétation gros comme un pois.

Les jours suivants, la petite plaie opératoire se cicatrise rapidement, sans produire la moindre réaction inflammatoire.

16 mars. Nouvelle intervention; on enlève quelques petits fragments de la muqueuse hypertrophiée. Il se produit dès ce moment une amélioration très manifeste. La voix est devenue beaucoup plus claire. L'état général est meilleur.

16 mai. Il y a encore une petite verrucosité au niveau de la région aryténoïdienne du côté gauche. On l'enlève par le grattage. L'amélioration s'est maintenue; il n'y a plus d'enrouement.

En résumé, dans ce cas de pachydermie qui était certainement de nature tuberculeuse, le traitement a eu pour effet de faire disparaître une aphonie complète.

Obs. VIII. — *Pachydermie tuberculeuse. Curettage. Disparition des troubles vocaux.* (Personnelle.) — La nommée Man.... Léonie, vient au mois de février 1892, à la clinique laryngologique de Lariboisière, consulter pour une aphonie due à une lésion tuberculeuse du larynx.

Elle est malade depuis le mois de mai de l'année dernière; à la suite d'une bronchite légère, la voix commença à se voiler par intervalles, puis devint très rapidement couverte et aphone.

En même temps perte de l'appétit et des forces. Toux fréquente avec un peu de fièvre le soir. Amaigrissement marqué. Pas d'hémoptysies.

Cette malade ne présente pas d'antécédents personnels, mais sa mère est morte de tuberculose pulmonaire.

Au commencement de l'année 1892, les troubles laryngés augmentent d'intensité. La voix est de plus en plus convertie; la respiration facile jusqu'alors devient gênée, et s'accompagne de quelques accès dyspnéiques.

Examen laryngoscopique. — Epiglote un peu rouge. Bandes ventriculaires un peu infiltrées. Cordes vocales inférieures rouges, sans ulcérations. A la région interaryténoïdienne se voient des végétations mûriformes, d'un gris rougeâtre, faisant saillie à la surface de la muqueuse.

A l'*auscultation*, on constate une infiltration tuberculeuse des deux poumons. Bacilles dans les crachats.

Pendant plusieurs jours, pansements à l'huile créosotée.

17 février. Cocaïnisation à l'aide de la solution de 1/5. Extirpation d'un gros morceau de végétation à la pince coupante. Pansement au naphthol camphré.

Pas de réaction après l'opération. Les jours qui suivent, l'amélioration

est déjà sensible. La respiration est plus facile, la toux moins quinteuse. Pas de changement appréciable dans la phonation.

Dans le courant du mois de mai, on fait deux nouveaux curettages du larynx. La voix à ce moment commence à s'éclaircir, et la malade se sent très soulagée.

A l'examen, on constate que les végétations interaryténoïdiennes ont disparu ; la muqueuse est seulement hypertrophiée à ce niveau. Les cordes vocales sont encore rouges.

A la fin du mois de mai, l'amélioration est très sensible ; la voix est claire. L'appétit est bon, et les forces semblent revenir. La malade ne maigrit plus, mais les lésions pulmonaires ne se sont pas modifiées.

En résumé, le traitement chirurgical a eu pour effet : 1° de faire disparaître les troubles vocaux et respiratoires ; 2° d'améliorer l'état général.

OBS. IX. — *Pachydermie tuberculeuse. Curetage. Disparition des troubles de la respiration et de la déglutition.* (Personnelle.) — Le nommé M..., Adolphe, âgé de 57 ans, représentant de commerce, vient consulter à la clinique laryngologique de Lariboisière pour des troubles dus à une laryngite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Bronchite tous les hivers. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme.

Antécédents héréditaires : Mère morte de tuberculose pulmonaire. Il est malade depuis l'année 1881, où la voix commença à se couvrir à la suite d'une bronchite persistante. Pendant plusieurs années, la voix devint enrouée à différentes périodes.

Au mois d'octobre 1892, l'altération de la voix devint persistante, en même temps qu'un amaigrissement sensible se produisit, s'accompagnant de toux, d'expectoration abondante, avec fièvre le soir, et sueurs nocturnes. La déglutition facile jusqu'alors devint gênée à son tour, et le malade commençait à éprouver de la douleur pour manger.

Lorsqu'il vient consulter, le 8 septembre 1892, on constate que l'état général est déprimé, et le facies amaigri. La voix est rauque, la respiration difficile et oppressée. La dysphagie est assez prononcée.

Examen laryngoscopique. — Rien au voile du palais. Piliers rouges. Rien à l'épiglotte. Aryténoïdes un peu gros.

Cordes vocales rouges, infiltrées ; à la partie postérieure de la corde droite sorte d'encoche, de cupule, dans laquelle vient se mettre, au moment du rapprochement des cordes, une sorte de bourgeon, d'éminence située au point correspondant de l'autre corde. A la région interaryténoïdienne, aspect vilieux de la muqueuse, avec de petites végétations grisâtres la surmontant.

12 septembre. Curetage du larynx et pansement au naphthol camphré.

Le 16. Amélioration très sensible. Plus de dysphagie ; le malade peut avaler et manger sans douleur. Respiration plus facile.

Le 22. Nouvelle intervention, suivie d'un résultat aussi heureux.

Le 29. L'amélioration continue. La dysphagie a complètement disparu. La voix est plus claire. A la région interaryténoïdienne, on voit que la muqueuse est plus lisse, moins épaissie. Les cordes vocales sont restées rouges, et à peu près dans le même état.

Ce malade, depuis cette époque, respire facilement, et ne souffre plus pour avaler. La voix seule est encore un peu enrouée, mais pas aphone, comme au début. Les lésions pulmonaires qui avaient été manifestement constatées au début par l'auscultation et par l'examen des crachats, ne se sont pas modifiées.

OBS. X. — *Pachydermie tuberculeuse. Curetage. Amélioration. Récidive. Mort par tuberculose pulmonaire.* (Personnelle.) — La nommée Bi..., Berthe, âgée de 31 ans, domestique, entre le 16 septembre 1892, à l'hôpital Lariboisière, salle Aran, n° 20 bis, dans le service de M. le Dr Gouguenheim.

Le début de la maladie remonte à deux ans ; à la suite d'un refroidissement, elle contracta une bronchite qui passa à l'état chronique. La voix se prit en même temps ; ce n'était au début qu'un enrouement léger ; la voix assez claire le matin, se couvrait dans la soirée. Jusqu'au mois de juin dernier, les choses restèrent en cet état ; à ce moment, elle commença à maigrir et à tousser beaucoup plus.

Entrée à l'hôpital le 16 septembre. L'état général de la malade est encore assez bon. La figure est fatiguée, et l'amaigrissement sensible. La voix est très enrouée ; la toux est fréquente, quinteuse, l'expectoration abondante, renfermant des bacilles de Koch.

Il n'y a pas de dysphagie, et la malade mange facilement, mais sans appétit. La respiration est assez facile, mais par instants surviennent de pénibles accès de suffocation, à la suite d'un effort même léger.

Examen du larynx. — Le voile du palais est décoloré. Rien au pharynx. Epiglotte normale. Cordes vocales inférieures un peu rouges, légèrement ulcérées. L'aryténoïde du côté droit est un peu infiltrée, mais a conservé sa mobilité. Rien du côté gauche. A la région interaryténoïdienne, végétations verruqueuses, faisant saillie à la surface de la muqueuse, qui est recouverte d'un enduit grisâtre dû aux crachats desséchés.

La *tuberculose pulmonaire* est très nette ; les altérations des deux côtés sont déjà avancées. Bacilles dans les crachats. Pour combattre les troubles respiratoires, on fait le 25 septembre un curetage de la région interaryténoïdienne, à l'aide de la pince de Krause, et on enlève quelques petits débris de végétation. Les jours suivants, il se produit un peu de réaction locale ; la région est plus rouge, plus enflammée ; la voix est un peu plus couverte ; il y a un peu de difficulté pour avaler.

29 septembre. Cette réaction opératoire est terminée ; le larynx est moins rouge ; la petite plaie est en voie de cicatrisation ; la dysphagie est moins douloureuse, et la voix est redevenue un peu plus claire.

6 octobre. Nouvelle prise dans le larynx. Pansement au naphthol camphré. La malade, dès le lendemain, mange de bon appétit; elle respire plus facilement, et elle n'étouffe pas.

Le 15. Il reste un épaississement marqué à la partie moyenne de la région interaryténoïdienne. Raclage à l'aide de la curette de Heryng.

Les jours suivants, la respiration est meilleure; il n'y a plus d'étouffement; la voix est plus claire. Cette amélioration persiste pendant le mois de novembre; mais à partir de cette époque, les altérations du parenchyme pulmonaire s'aggravent: la toux et l'expectoration ont augmenté en quelques jours; l'appétit diminue et les forces vont en s'affaiblissant. Le soir éclatent des accès de fièvre, et la nuit sueurs abondantes. A l'auscultation, on se rend compte de cette aggravation et on constate que la tuberculose des poumons a fait des progrès.

Au commencement de décembre, on constate une récurrence dans les lésions du larynx; on voit à la partie droite de la région aryténoïdienne, une ulcération grisâtre, recouverte de crachats purulents, se dirigeant vers le ligament aryténo-épiglottique. Les bandes ventriculaires et les aryténoïdes sont infiltrés et augmentés de volume, au point de masquer les cordes vocales.

La malade meurt, le 20 décembre, des suites de sa tuberculose pulmonaire.

Dans ce cas le traitement chirurgical a eu pour effet de remédier aux troubles fonctionnels de la maladie; mais comme les lésions des poumons étaient déjà très grosses, la récurrence du côté du larynx a été rapide. A l'autopsie on a pu constater l'état des lésions que le laryngoscope avait révélées.

Obs. XI. — *Aryténoïdite tuberculeuse double. Dysphagie extrême. Extirpation des masses aryténoïdiennes. Disparition de la dysphagie. Amélioration de l'état général.* (Personnelle.) — Le nommé Lut..., Léon, âgé de 40 ans, tailleur de pierres, entre le 21 juin 1892, à l'hôpital Lariboisière, salle Lasègue, n° 15, dans le service de M. Gouguenheim.

Le début de l'affection qui remonte à 20 mois, a été marqué par des troubles de la voix qui s'est peu à peu couverte. Depuis cette époque, le malade n'a cessé de tousser, et on constata un commencement de bronchite tuberculeuse. Pas d'antécédents personnels; pas de syphilis. Comme antécédents héréditaires, père et mère morts de tuberculose chronique.

A son entrée à l'hôpital le malade présente un très mauvais état général; il est grand, très amaigri. Ses forces ont beaucoup diminué depuis peu de temps, mais il se plaint surtout de troubles de la voix qui est éteinte, et surtout d'une dysphagie intolérable qui l'empêche de s'alimenter; il ne peut prendre qu'un peu de lait ou de bouillon, au prix d'efforts des plus douloureux. La respiration est peu gênée, mais, cependant, par instants, et surtout la nuit, il a des crises de suffocation.

Examen au laryngoscope. — Rien à l'épiglotte. Les aryténoïdes sont énormes, du volume d'une cerise, de couleur rougeâtre, infiltrés et immobiles; l'infiltration se poursuit le long des ligaments aryténo-épiglottiques. La bande ventriculaire gauche est infiltrée, plus que celle de l'autre côté, et masque la corde vocale inférieure correspondante. La corde inférieure droite, à peine visible, est infiltrée et ulcérée.

L'auscultation du poumon révèle des lésions d'infiltration bacillaire.

Pendant une semaine, on fait une antisepsie aussi rigoureuse que possible de la cavité laryngienne, à l'aide d'irrigations quotidiennes d'huile créosotée, qui enlève les crachats et lubrifie la surface de la muqueuse.

30 juin. Après une cocaïnisation sérieuse à l'aide de la solution au 1/5, on enlève, à l'aide de la pince emporte-pièce du Dr Gouguenheim, les deux grosses masses infiltrées qui surmontent les aryténoïdes: on extirpe ainsi deux morceaux très volumineux. (L'examen histologique consécutif de ces masses a montré qu'elles étaient entièrement formées de tissu tuberculeux.)

Cette extirpation n'est suivie d'aucune hémorrhagie ni de douleurs violentes. Au laryngoscope, on aperçoit les deux plaies opératoires, légèrement saignantes; on voit plus facilement l'intérieur de la cavité.

Aussitôt après l'opération, on touche énergiquement les surfaces cruentées, à l'aide de la solution de naphthol camphré, puis on fait une irrigation d'huile créosotée.

1^{er} juillet. Amélioration considérable. Le malade, qui mourait littéralement de faim, à cause de la violente dysphagie peut manger avec facilité. Le passage des aliments solides ne produit qu'une gêne très supportable. La respiration devient aussi plus facile, et la nuit le malade peut dormir d'un sommeil très calme.

La voix ne participe guère à cette amélioration, et elle est à peu près aussi couverte qu'au début. La dysphagie n'existant plus, l'appétit est revenu; le malade sent ses forces revenir.

Le 10. Se sentant très amélioré, il quitte l'hôpital pour rentrer chez lui et reprendre son travail.

Le 25. Ayant trop présumé de ses forces, il revient à l'hôpital, ne se plaignant plus que des troubles de la voix, et de son incapacité à remplir son dur métier de tailleur de pierres. Son état général est cependant assez satisfaisant. La respiration est facile, et la déglutition se fait sans peine. On continue pendant quelques jours les irrigations à l'huile créosotée.

A l'examen laryngoscopique, on peut voir une cicatrisation complète des deux plaies opératoires. Les aryténoïdes ont leur volume à peu près normal, et on ne voit un peu de gonflement qu'au niveau des ligaments aryténo-épiglottiques. Les bandes ventriculaires sont tuméfiées. Les cordes vocales inférieures sont gonflées, mais ont conservé leur mobilité.

2 août. Rien de particulier. L'amélioration dans l'état général se

maintient. La dysphagie ne s'est pas reproduite; la respiration est facile, sans accès de suffocation, mais la dysphonie est toujours assez prononcée.

Le 5. Le malade se sentant un peu plus fort, quitte l'hôpital pour reprendre son travail. Les lésions pulmonaires sont restées stationnaires.

En résumé, nous voyons dans cette observation que l'extirpation des aryténoïdes à l'emporte-pièce a eu pour effet immédiat de faire disparaître une dysphagie tellement prononcée; que le malade risquait de mourir d'inanition. L'opération l'a ramené à la vie, et en lui permettant de manger, elle a contribué pour une large part au relèvement de l'état général. Les troubles respiratoires ont bénéficié largement de ce mode d'intervention, et la tuberculose pulmonaire n'a pas fait de progrès dans son développement, à partir du jour de l'opération.

OBS. XII. — *Aryténoïdite double. Extirpation. Amélioration.* (Personnelle.) — Le nommé Deeh..., Jules, âgé de 32 ans, employé, entre le 1^{er} septembre 1892, salle Lasègue, n° 8, dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

Il est malade depuis un an; à la suite d'une bronchite la voix s'est couverte, et à l'enrouement du début a succédé une aphonie presque complète.

Comme *antécédents personnels*, il a eu une pleurésie et plusieurs hémoptysies. Rien du côté des ascendants. Dans ces temps derniers, les altérations tuberculeuses ont envahi en même temps les poumons et le larynx. Un amaigrissement assez rapide s'est produit, accompagné de fièvre, perte des forces, anorexie, sueurs nocturnes.

La toux est quinteuse, l'expectoration abondante, et les crachats renferment des bacilles de Koch. La respiration est devenue plus pénible, oppressée, et la déglutition des aliments ne se fait plus qu'avec peine.

A son entrée, on constate que tous les signes précédents ont augmenté d'intensité. La voix est rauque, étouffée, la respiration difficile, entrecoupée d'accès de suffocation surtout la nuit. La dysphagie est maintenant telle, que les liquides même ne passent qu'avec peine.

Examen du larynx. — Rien à l'épiglotte. Tuméfaction des aryténoïdes, qui sont gros comme une noisette, et à peine mobiles. L'infiltration se continue le long des replis aryténo-épiglottiques, et a envahi les bandes ventriculaires. Les vraies cordes vocales ne sont plus visibles, et l'orifice glottique se présente sous l'aspect d'une fente étroite.

Le *poumon droit* est atteint d'infiltration tuberculeuse.

8 septembre. Extirpation de l'aryténoïde droit à la pince emporte-pièce. Pansement au naphthol camphré.

Le 11. La plaie opératoire, recouverte d'une mince couche de mucus grisâtre, est en voie de cicatrisation. Pas de zone inflammatoire envahissante. La dysphagie, qui avait plutôt augmenté le soir et le lendemain

de l'opération, a maintenant considérablement diminué. La respiration est un peu plus facile, et ne s'accompagne plus de troubles dyspnéiques.

Le 15. Extirpation de l'aryténoïde gauche. Après cette opération, l'orifice glottique apparaît nettement à la vue, dans le miroir laryngien; les cordes vocales sont rouges et tuméfiées.

Le 20. Amélioration très sensible. Le malade peut manger avec facilité. La respiration est plus libre, et l'état général satisfaisant. Seule, l'altération de la voix ne s'est pas amendée. Rien de particulier du côté des poumons.

2 octobre. Le malade se sentant amélioré quitte l'hôpital.

OBS. XIII. — *Aryténoïdite double tuberculeuse. Extirpation des aryténoïdes. Amélioration considérable.* (Personnelle.) — Le nommé Bohn..., Alexandre, âgé de 55 ans, cordonnier, entre le 25 octobre 1892, salle Lasègue, n° 20, dans le service de M. Gouguenheim.

Il y a trois ans, et sans cause déterminante, la voix commença à s'enrouer, au milieu d'une santé excellente. Cet enrouement, d'abord fugace, réapparaissait de temps à autre, sans s'accompagner d'aucune souffrance. Ces troubles étant très légers et ne paraissant pas relever d'une affection sérieuse, le malade continua à se livrer à son travail, sans se faire soigner. Mais, il y a six mois, les altérations de la voix s'aggravèrent : elle devint rauque, voilée; en même temps apparurent quelques troubles légers de la respiration, se traduisant par de l'essoufflement et des accès d'oppression, à la suite d'une fatigue ou d'un effort.

Jusqu'alors cet individu n'avait présenté aucun antécédent morbide. Ses ascendants n'avaient eu aucune affection tuberculeuse, et sa femme et ses enfants sont en excellente santé. Les troubles fonctionnels augmentent d'intensité, il se décide à venir à la consultation de laryngologie, d'où on le fait entrer dans le service le 25 octobre.

A son entrée, bon état général. Pas d'amaigrissement, pas de perte des forces. Toux légère sans expectoration. Les troubles de la respiration attirent tout d'abord l'attention, elle est soufflante, avec un peu de tirage. La voix est couverte et rauque; la difficulté pour avaler est très légère.

En auscultant les poumons, on constate au sommet droit un peu d'induration, avec respiration soufflante, et quelques craquements secs.

Examen laryngoscopique. — Rien au voile du palais, ni au pharynx. Épiglotte tombante, vascularisée, mais non infiltrée. Les aryténoïdes sont très légèrement épaissies, et de couleur rouge foncé. Les bandes ventriculaires sont épaissies; les cordes vocales inférieures, exulcérées et tuméfiées, sont rapprochées de la ligne médiane; pendant l'effort inspiratoire elles s'éloignent à peine, et ce degré de sténose explique suffisamment les troubles de la respiration.

Pendant un certain temps, on fait, comme *traitement*, des irrigations à l'huile créosotée dans la cavité laryngienne, et on touche à l'acide lactique

les exulcérations des cordes vocales. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration légère se produit, mais elle n'est que de courte durée. Peu à peu la respiration devient plus gênée, et bientôt se manifeste une dyspnée assez vive que peuvent seules calmer les inhalations de chloroforme.

En pratiquant l'examen laryngoscopique, on voit qu'il existe une sténose prononcée due au rapprochement des cordes inférieures et au gonflement des bandes ventriculaires. La dyspnée augmentant, on pratique la trachéotomie le 16 novembre au soir. Après cette opération, il se produit une amélioration immédiate ; la respiration devient facile ; le malade retrouve l'appétit et peut dormir des nuits entières. Cependant cette amélioration n'était que passagère ; en peu de temps une dysphagie très douloureuse se produit, et la déglutition des aliments solides, de la salive même ne peut se faire qu'au prix de mille peines. L'examen du larynx montre alors qu'il s'est fait une poussée tuberculeuse au niveau des aryténoïdes, qui ont augmenté de volume au point de masquer complètement l'ouverture de la glotte. Le malade ayant sa canule, respire avec facilité.

6 décembre. En présence des troubles dysphagiques qui menacent de faire mourir le malade de faim, on pratique, à l'aide de l'emporte-pièce de M. Gouguenheim, l'extirpation des masses aryténoïdiennes ; on retire ainsi deux morceaux volumineux de la grosseur d'une cerise. Après cette ablation faite sans douleur, grâce à l'action anesthésiante de la cocaïne, l'orifice glottique apparaît sous la forme d'une fente étroite.

Le 8. Amélioration très marquée. La dysphagie a considérablement diminué, et le malade peut s'alimenter.

Le 9. A l'aide du miroir, on voit facilement les plaies opératoires en voie de cicatrisation ; la muqueuse environnante est moins gonflée et moins rouge. La dysphagie a maintenant complètement disparu.

Le 15. Cicatrisation complète à gauche. Sténose moins prononcée. Le malade peut respirer par la bouche, la canule étant oblitérée par un bouchon de liège, mais il est obligé la nuit de retirer le bouchon.

5 janvier 1893. — Le larynx est en bon état. Il n'y a plus rien au niveau des aryténoïdes et la cicatrisation est parfaite. Les cordes vocales inférieures et les bandes ventriculaires sont encore un peu infiltrées et présentent un certain degré de sténose. Le malade se trouve très amélioré ; son appétit est bon, et il mange sans peine. Il ne maigrit plus, et il a repris des forces. Il respire maintenant parfaitement par son larynx, car la canule est toujours fermée par un bouchon, et il la supporte ainsi jour et nuit.

En résumé, le traitement chirurgical a eu dans ce cas d'excellents effets : 1^o il a calmé une dysphagie atroce ; 2^o rendu facile l'enlèvement prochain de la canule ; 3^o remonté l'état général.

OBS. XIV. — *Aryténoïdite tuberculeuse gauche. Extirpation. Amélioration.* (Personnelle.) — Le nommé G..., Jean, âgé de 40 ans, palefrenier,

entre le 15 août 1892, salle Lasègue, n° 27, dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

La maladie a débuté au mois de janvier, par un enrrouement subit, qui augmenta rapidement d'intensité. Peu après se déclara une bronchite suspecte, avec toux opiniâtre, faiblesse de l'état général, amaigrissement sensible.

Pas d'*antécédents personnels* ni *héréditaires*.

Dans le courant de l'année, ces troubles allèrent en augmentant ; puis survint une gêne d'abord peu sensible dans la déglutition, qui dégénéra en une dysphagie très douloureuse. C'est alors que le malade entre à l'hôpital le 15 août.

L'état général n'est pas trop mauvais, mais la voix est couverte, la toux fréquente, la respiration gênée. C'est surtout la dysphagie pour laquelle le malade vient réclamer des soins, car il lui est impossible d'avaler, même des liquides.

Examen du larynx. — Épiglotte rouge, légèrement augmentée de volume. L'aryténoïde du côté gauche est très tuméfié, immobile, et l'infiltration a envahi tout le ligament aryténo-épiglottique du même côté. L'aryténoïde droit est mobile et à peine augmenté de volume. Les bandes ventriculaires infiltrées sans ulcérations, masquent complètement les cordes vocales.

Examen des poumons. — A droite : matité dans la fosse sus-épineuse ; respiration soufflante, et craquements secs. A gauche, submatité au sommet.

3 septembre. Extirpation de l'aryténoïde gauche, à l'aide de la pince emporte-pièce. Pansement de la plaie au naphthol camphré.

Le 8. Nouvelle prise du même côté ; on retire un morceau du volume d'un gros pois.

Le 14. La dysphagie a complètement disparu, et le malade peut maintenant manger de bon appétit du pain et de la viande. La cicatrisation de la plaie opératoire est complète. La glotte s'ouvre plus largement.

Le 25. L'amélioration continue. Le malade dont la voix est encore couverte, ne se plaint plus de son larynx. Il mange très facilement et respire de même. Il quitte l'hôpital le 29 septembre.

OBS. XV. — *Aryténoïdite double. Dysphagie intense. Amélioration par l'extirpation.* (Personnelle.) — Le nommé Tund..., Nicolas, âgé de 45 ans, chauffeur, entre le 6 octobre 1892, salle Lasègue, n° 8 bis, dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

A la suite d'un refroidissement, cet individu a contracté une bronchite qui s'accompagne d'amaigrissement rapide et d'hémoptysies. Ce début de tuberculose pulmonaire qui remonte à deux ans fut suivi, au mois d'octobre 1891, de troubles du côté du larynx. Ce fut d'abord une légère altération de la voix à laquelle succéda une dysphonie très marquée.

Il y a un mois est survenue brusquement une otite moyenne double purulente. Mais depuis quinze jours, la laryngite tuberculeuse a fait des

progrès ; une sensation de gêne au moment de la déglutition s'est bientôt transformée en une véritable dysphagie. Le malade ne peut plus manger, ses forces diminuent, et la cachexie menace de faire de rapides progrès. C'est en cet état que le malade se présente à l'hôpital le 6 octobre 1892. La voix est éteinte, la dysphagie absolue, la respiration un peu difficile.

Examen du larynx. — Rien au voile du palais. Rien à l'épiglotte. Les aryténoïdes sont énormes, infiltrés, immobiles. La bande ventriculaire droite est gonflée, et présente une longue ulcération longitudinale. Les cordes vocales inférieures sont tuméfiées, végétantes et présentent quelques petites ulcérations.

L'auscultation révèle des lésions bacillaires du poumon.

10 octobre. Extirpation de l'aryténoïde gauche à l'emporte-pièce. Pansement au naphthol camphré. Pas de réaction, pas d'hémorrhagie.

Le 11. Amélioration immédiate ; le malade peut avaler un peu plus facilement.

Le 12. Extirpation de l'aryténoïde droit.

Le 13. L'amélioration s'accroît au point que le malade peut avaler avec une extrême facilité, alors que quelques jours auparavant il lui était absolument impossible de prendre des aliments solides. L'aspect du larynx ne présente rien de nouveau ; on voit parfaitement les deux plaies opératoires, celle du côté gauche, plus petite et déjà en voie de cicatrisation. L'ouverture glottique apparaît plus nettement à la vue.

Le 20. L'amélioration persiste. Le gonflement du larynx est moindre. La dysphagie n'existe plus ; la respiration est plus facile. Le malade quitte le service le 2 novembre.

Dans ce cas, le traitement a eu pour heureux résultat de calmer complètement les douleurs de la dysphagie.

OBS. XVI. — *Aryténo-épiglottite tuberculeuse. Extirpation des masses infiltrées. Amélioration.* (Personnelle.) — La nommée Emer..., Jeanne, âgée de 18 ans, domestique, entre le 27 octobre 1892, salle Aran, lit n° 8, dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

La maladie a débuté par une bronchite qui a persisté depuis deux ans. Quelques légères hémoptysies, mais pas d'amaigrissement.

Pas d'antécédents personnels ; mais père mort de tuberculose pulmonaire.

Il y a 4 mois, léger enrouement qui alla bientôt en augmentant d'intensité, au point que la voix se couvrit rapidement.

La malade entre à l'hôpital le 27 octobre. L'état général est assez bon. L'amaigrissement est à peine prononcé ; mais l'aphonie est presque complète, et depuis quelques jours elle commence à souffrir pour avaler sa salive, mais elle peut cependant manger sans difficulté. La respiration est un peu oppressée, mais sans s'accompagner d'accès de suffocation.

Examen du larynx. — Rien au voile du palais, aux piliers, ni au pharynx. L'épiglotte est très rouge et un peu gonflée. Les aryténoïdes sont

encore mobiles, mais un peu infiltrés ainsi que les ligaments aryténo-épiglottiques. Les bandes ventriculaires sont un peu épaissies, et les cordes vocales inférieures sont rouges et exulcérées.

A l'auscultation on reconnaît que les deux poumons sont envahis par l'infiltration tuberculeuse ; le sommet gauche est plus atteint que le droit.

Pendant quelques jours, on fait régulièrement dans le larynx des irrigations d'huile créosotée, mais ce traitement n'amène aucune amélioration dans l'état de la malade. La dysphagie, au contraire, augmente d'intensité, et la dysphonie persiste, mais toujours sans suffocation. On examine alors de nouveau le larynx, et on peut voir que les aryténoïdes et l'épiglotte sont maintenant fortement infiltrés, et masquent l'entrée de la glotte. Les jours suivants, l'infiltration laryngée se prononce de plus en plus, et les aryténoïdes ont perdu leur mobilité.

26 novembre. Comme les troubles fonctionnels augmentent d'intensité, on pratique à l'aide de la pince coupante l'extirpation des aryténoïdes. Pansement au naphtol camphré. Le lendemain, pas de changement appréciable.

Le 28. L'amélioration commence à se faire sentir ; il y a déjà une facilité plus grande pour avaler, et la respiration n'est plus gênée.

1^{er} décembre. Amélioration persistante. Mais il y a au niveau de l'épiglotte une infiltration assez marquée.

A l'aide de la pince coupante on enlève à deux reprises différentes un morceau assez volumineux de l'épiglotte. On peut voir aussitôt après l'entrée du larynx que masquait cette infiltration épiglottique. La surface de section ne saigne pas ; on la touche fortement au naphtol camphré.

Le 2. Pas de réaction locale ni générale. Pas de douleur du larynx. La déglutition est facile, et la respiration normale.

Le 4. L'infiltration de l'épiglotte a beaucoup diminué, et la plaie opératoire est en voie de cicatrisation. A la région aryténoïdienne, les masses infiltrées n'existent plus, et la cicatrisation est parfaite.

Les cordes vocales sont toujours légèrement exulcérées, et on les touche au naphtol camphré.

Le 15. La malade commence à éprouver de nouveau une légère douleur en avalant, et l'examen laryngoscopique montre un peu de gonflement au niveau de l'aryténoïde gauche. Extirpation de cette masse infiltrée à l'emporte-pièce. La dysphagie disparaît dès le lendemain.

Le 20. La malade quitte l'hôpital pour retourner chez elle, et elle n'est plus revenue à la consultation.

OBS. XVII. — *Aryténoïdite double tuberculeuse. Extirpation. Disparition de la dysphagie et de la dyspnée.* (Personnelle.) — Le nommé Sam..., Eugène, 49 ans, employé de commerce, entre le 6 octobre 1892, salle Lasègue, n° 9, dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

Ce malade tousse depuis 1880, et chaque année il est pris d'une bronchite qui dure tout l'hiver. Depuis trois mois il a beaucoup maigri ; il tousse, mais il n'a jamais eu d'hémoptysies.

La voix s'est couverte et il existe un enrouement très prononcé.

État actuel. — État général peu satisfaisant. La voix est très couverte, la respiration est gênée par moments, mais sans accès de dyspnée. L'appétit serait assez bon, mais la difficulté qu'éprouve le malade pour avaler, l'empêche de s'alimenter d'une manière suffisante ; aussi l'amaigrissement continue ses progrès et les forces s'affaiblissent de plus en plus.

Examen du larynx. — Un peu de rougeur de l'épiglotte. Gonflement énorme des aryténoïdes, surtout du gauche qui a le volume d'une grosse cerise ; cette infiltration a envahi les ligaments aryténo-épiglottiques. A la région interaryténoïdienne se voit de plus une grosse végétation tuberculeuse, framboisée, faisant saillie entre les cordes vocales qui sont rouges et peu visibles. Pendant une semaine, on fait dans le larynx des irrigations à l'huile créosotée.

13 octobre. Extirpation à l'emporte-pièce d'une volumineuse masse (aryténoïde droit). Pansement naphtolé.

Le 14. Le malade qui, depuis trois jours, avait une dysphagie très intense, a pu aujourd'hui prendre de la nourriture sans douleur.

Le 17. On enlève à l'emporte-pièce l'aryténoïde gauche et la petite masse végétante interaryténoïdienne. Le soulagement est immédiat. Le malade mange et respire sans peine. Seule la voix n'a pas changé.

Le 20. On constate la cicatrisation parfaite à droite, et à gauche il y a encore un peu de gonflement et de rougeur.

Le 25. Le malade quitte l'hôpital, très amélioré.

Obs. XVIII. — *Aryténoïdite double tuberculeuse. Ulcérations pharyngées guéries par le grattage et le naphtol camphré. Grande amélioration.* (Personnelle.) — La nommée Pran..., Marie, âgée de 34 ans, couturière, entre le 18 septembre, salle Aran, n° 10 bis, dans le service de M. Gouguenheim. Malade depuis le mois de décembre 1891. L'affection a débuté par une douleur au niveau du larynx, et une gêne passagère au moment de la déglutition. Pas d'altérations de la voix.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait de maladies. Pas trace de syphilis.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère morte d'une maladie d'estomac. Depuis le mois de janvier, elle a beaucoup maigri et son état général s'est affaibli. Mais pas de toux, ni d'expectoration. La voix a commencé à s'altérer, vers le mois de mars ; le matin elle était encore claire au début, mais le soir la dysphonie devenait très appréciable. En même temps les troubles dysphagiques ont beaucoup augmenté, et les aliments solides ne sont plus avalés qu'avec peine ; cependant la malade se sent de l'appétit, et elle mangerait avec plaisir, si la douleur ne l'en empêchait.

A son entrée, état général fatigué, pas de toux ni d'expectoration; pas de sueurs nocturnes, mais amaigrissement assez marqué. La dysphagie est très pénible, et la voix enrouée, mais sans aphonie. A l'auscultation, rien de particulier, les poumons sont sains.

Examen de la gorge.— Rien au voile du palais. A la partie postérieure et médiane du pharynx se voit une grande ulcération, allongée, superficielle, recouverte de mucosités grisâtres; sur le pilier antérieur droit apparaît aussi une autre ulcération, rougeâtre, étroite, mais s'étendant de haut en bas. L'épiglotte est infiltrée et ulcérée sur son bord.

Les aryténoïdes sont très infiltrés, immobiles; les bandes ventriculaires sont épaissies, et les cordes vocales inférieures sont rouges, fissurées et couvertes de légères ulcérations.

1^{er} octobre. Grattage des ulcérations du pharynx et du pilier droit; on fait ensuite une friction énergique de la région au naphthol camphré.

Le lendemain la dysphagie a augmenté, mais à l'aide de quelques badiageonnages à la cocaïne, on atténue la souffrance, ce qui permet à la malade de prendre un peu de lait et de bouillon.

(A la surface des ulcérations, on a trouvé des bacilles de Koch au microscope.) Les jours suivants, pansement quotidien du pharynx au naphthol camphré.

Le 8. Curettage de l'épiglotte à la pince emporte-pièce. A l'aide du même instrument, on retire dans la même séance un gros morceau de tissu infiltré au niveau de l'aryténoïde gauche.

Le 10. Gonflement moindre de l'épiglotte. Dysphagie moins prononcée. La respiration est facile.

Le 15. Nouvelle prise dans le larynx sur l'aryténoïde droit, et sur l'épiglotte.

Le 19. Amélioration prononcée. La malade peut manger sans difficulté. La respiration n'est pas gênée. L'épiglotte, considérablement diminuée de volume, montre une cicatrisation complète au niveau des points où le tissu d'infiltration a été enlevé; il en est de même pour les aryténoïdes. Les ulcérations du pilier et du pharynx paraissent en voie de réparation.

1^{er} novembre. La malade se sentant améliorée quitte l'hôpital.

Le 15. Elle revient à la consultation externe, où on continue les pansements au naphthol camphré dans le larynx, et les irrigations d'huile créosotée dans la région glottique.

Le 25. Les ulcérations diminuent d'étendue; celle du pilier a presque complètement disparu.

Le larynx ne présente rien de nouveau, et l'infiltration ne s'est pas étendue.

10 décembre. L'ulcération du pharynx est maintenant tout à fait réduite. L'amélioration de l'état général est considérable; la malade mange et respire sans difficulté. La voix est moins couverte. Les forces sont plus grandes, et l'amaigrissement a cessé.

Cette malade n'est plus revenue depuis cette époque à la consultation.

Obs. XIX. — *Aryténoïdite tuberculeuse. Extirpation. Amélioration.* (Personnelle.) — Le nommé Debu..., Théodule, 44 ans, employé, entre le 18 mai 1892, salle Lasègue, n° 17, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Gouguenheim.

Le début de la maladie remonte au mois de décembre dernier. A la suite d'une bronchite, la voix s'est prise et est restée enrouée. La respiration est devenue gênée avec accès d'oppression.

Antécédents personnels. — Bronchite tous les hivers. Début d'ataxie locomotrice diagnostiquée à la Salpêtrière. Du côté des ascendants, rien de particulier.

État actuel. — Figure amaigrie. Perte des forces, anorexie, sueurs nocturnes. A son entrée, on examine le larynx et on constate que l'épiglotte est un peu tuméfiée, que les aryténoïdes sont énormes, surtout à gauche, immobiles, masquant les cordes vocales qui sont un peu ulcérées. Le malade respire avec peine, ayant de fréquents accès de suffocation. La dysphagie est très marquée; la déglutition des liquides se fait moins bien que celle des solides, car elle donne lieu à de violentes quintes de toux. La voix n'est pas très enrouée.

26 mai. Extirpation à la pince emporte-pièce de l'aryténoïde gauche.

30 mai. On fait une nouvelle opération sur l'aryténoïde droit, et on enlève encore un peu de tissu infiltré au niveau de l'aryténoïde gauche.

1^{er} juin. Grande amélioration dans l'état local. La dysphagie est beaucoup diminuée et le malade peut s'alimenter. La respiration est ~~plus~~ facile.

On voit, à l'*examen laryngoscopique*, les surfaces de section produites par l'instrument. L'espace glottique est plus large, mais au niveau des bandes ventriculaires existe toujours de l'infiltration. L'état général est meilleur, mais le malade tousse un peu, et à l'auscultation, on constate à gauche des craquements au sommet. Le malade quitte à ce moment l'hôpital, mais il revient le 16 juin, se plaignant d'une douleur assez vive du côté droit du larynx, et s'irradiant vers l'oreille.

Il ne présente cependant aucun trouble pendant la déglutition, et la respiration est beaucoup plus libre qu'avant la première opération.

L'examen laryngoscopique montre à droite une ulcération au niveau du ligament aryténo-épiglottique. On la touche au naphthol camphré.

Le 28. L'infiltration du larynx a beaucoup diminué, et il n'y a plus de douleur. On continue à toucher l'ulcération du côté droit au naphthol camphré, et on fait dans le larynx un pansement à l'huile créosotée. Le malade ne se représente plus à la consultation.

Obs. XX. — *Aryténoïdite double. Grande amélioration après l'extirpation.* (Personnelle.) — Le nommé Lem..., Edouard, 33 ans, garçon de magasin, entre le 19 juillet 1892, salle Lasègue, n° 10, dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

Ce malade tousse depuis la dernière épidémie de grippe; sa voix s'est couverte et il a beaucoup maigri.

Pas de maladies antérieures. Pas de syphilis. Il a seulement une hernie inguinale droite, déterminée par les efforts de toux. Il vient à l'hôpital, se plaignant de difficulté pour respirer et de troubles de la voix ; la déglutition est aussi légèrement entravée, mais il n'a pas d'appétit, et il se sent très affaibli.

A l'examen laryngoscopique, on ne voit rien à l'épiglotte. Gonflement considérable des aryténoïdes. Rien aux fausses cordes ; les vraies cordes ne sont pas ulcérées, la gauche seule est gonflée et rouge.

L'auscultation révèle une infiltration du poumon droit, avec râles fins au sommet. Pendant quelques jours, pansements préliminaires à l'huile créosotée.

27 juillet. Extirpation des masses aryténoïdiennes ; du côté gauche on retire un morceau du volume d'un gros pois. Le soir même, soulagement immédiat, sans réaction locale. Les jours suivants, pansements au naphtol et irrigations créosotées.

4 août. Au niveau de l'aryténoïde gauche, se voit un nouveau gonflement de la muqueuse et des tissus sous-jacents, ayant ramené un peu de dysphagie. Nouvelle extirpation à la pince coupante, et pansement au naphtol camphré. Le malade, amélioré, part à la campagne le 15 août.

28 septembre. Il revient à la consultation en très bon état. Il mange maintenant sans difficulté, et la voix est redevenue claire. Les aryténoïdes ne sont plus infiltrés, et les cordes vocales inférieures sont à peine rouges. La bande ventriculaire gauche est seule tuméfiée. Le malade ne se plaint que de ses accès de toux, et il vient demander un traitement pour sa bronchite.

Obs. XXI. — *Aryténoïdite double tuberculeuse. Extirpation. Grande amélioration.* (Personnelle.) — Le nommé Pen..., Théodore, 37 ans, charpentier, entre à l'hôpital Lariboisière le 21 mai 1892, dans le service de M. Gouguenheim, salle Lasègue, n° 15.

Il est malade depuis le mois de septembre 1890, où il contracta une bronchite. Début par un enrouement fugace, puis alternatives de voix claire et de raucité. Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires.

État actuel. — État général assez bon, quoique le malade prétende avoir maigri de 16 livres depuis trois mois. Voix rauque, toux quinteuse, expectoration abondante.

L'auscultation montre qu'il existe des craquements secs au sommet du poumon droit, et une respiration soufflante à gauche.

Examen du larynx. — Épiglotte rouge, légèrement infiltrée, aryténoïdes énormes, immobiles. Cordes vocales infiltrées sans ulcérations.

Depuis quelques jours s'est déclarée une dysphagie qui devient extrêmement violente en peu de temps ; la salive même n'est plus déglutie, et le malade ne pouvant plus manger, maigrit rapidement. Respiration courte, et accès de dyspnée pendant la nuit.

15 juin. Extirpation de l'aryténoïde droit à l'emporte-pièce. Pansement au naphthol camphré.

Le 18. Pas de changement. La respiration est un peu moins gênée, mais la dysphagie est toujours très grande, et les liquides ne sont toujours déglutis qu'avec peine.

En faisant l'examen laryngoscopique, on voit à droite la plaie de l'opération en voie de cicatrisation, tandis qu'à gauche l'aryténoïde immobile, est énorme, de la grosseur d'une cerise; on l'enlève à l'emporte-pièce.

Le 20. Amélioration très grande : la dysphagie est calmée. Respiration beaucoup plus libre.

Le 25. Le malade a retrouvé l'appétit, et il mange sans difficulté. L'entrée du larynx n'étant plus obstruée par les énormes masses infiltrées, les troubles dyspnéiques ont complètement cessé. L'épiglotte est moins épaisse, et la cicatrisation des plaies est complète. Les bandes ventriculaires sont encore infiltrées, ainsi que les cordes inférieures, mais il n'y a plus de gonflement à la région interaryténoïdienne. Le malade quitte l'hôpital le 2 juillet, puis revient pendant quelque temps à la consultation externe où on lui fait des irrigations d'huile créosotée. Pendant ce temps il ne s'est rien produit de nouveau.

OBS. XXII. — *Aryténoïdite tuberculeuse double. Opération. Amélioration.* (Personnelle.) — La nommée Mor..., Jeanne, 23 ans, salle Aran, 25 bis, entre le 15 juin, dans le service de M. Gouguenheim.

Bronchite tuberculeuse depuis un an, avec hémoptysies et amaigrissement. Larynx pris depuis cinq mois : voix éteinte, respiration difficile et accès de suffocation. Dysphagie très marquée.

Examen du larynx. — Rien à l'épiglotte. Gonflement énorme des deux aryténoïdes qui sont immobiles. Bandes ventriculaires épaissies, masquant les cordes vocales.

Auscultation. — Infiltration des deux poumons. Bacilles de Koch dans les crachats.

La malade est soignée à l'huile mentholée sans aucun résultat.

5 juillet. Extirpation à l'emporte-pièce des deux aryténoïdes. Pansement au naphthol camphré.

Le 8. Un peu moins de dysphagie.

Le 12. Nouvelle prise sur les masses infiltrées.

Le 15. Le gonflement a presque disparu. Amélioration très sensible. Dysphagie à peine marquée. Voix toujours éteinte. Les plaies ont très bon aspect, et on voit l'intérieur du larynx. La malade se sentant en meilleur état quitte l'hôpital le 3 août 1892.

OBS. XXIII. — *Aryténoïdite tuberculeuse. Disparition de la dysphagie et de la dyspnée par l'extirpation.* (Personnelle.) — Le nommé Rev..., Jules, 43 ans, mécanicien, entre le 25 août 1892, dans le service de M. Gou-

guenheim, à l'hôpital Lariboisière. La voix s'est couverte peu à peu depuis une bronchite tuberculeuse contractée il y a 4 ans.

Comme antécédents, fièvre jaune à la Martinique. Mère morte tuberculeuse ; 3 enfants morts de méningite. Amaigrissement progressif. Sueurs nocturnes, sans fièvre. Toux fréquente, expectoration abondante. Le malade vient à l'hôpital pour des troubles de la déglutition, qui est si prononcée qu'il ne peut avaler même les liquides. Ne pouvant s'alimenter, il perd rapidement ses forces. De plus, il a, la nuit, de fréquents accès d'oppression.

A l'*auscultation*, lésions pulmonaires au second degré. Bacilles dans les crachats.

Examen du larynx. — Rien à l'épiglotte. L'aryténoïde gauche est énorme, et le gonflement se continue le long du ligament aryténo-épiglottique du même côté. L'aryténoïde droit est moins infiltré ; les bandes ventriculaires tuméfiées laissent à peine entrevoir les vraies cordes vocales rouges et ulcérées.

1^{er} septembre. La dysphagie étant extrême, on enlève à l'emporte-pièce un morceau volumineux de tissu infiltré du côté gauche. Pansement au naphthol camphré.

Le 3. Un peu moins de difficulté dans la déglutition.

Le 8. Nouvelle extirpation et pansement local.

Le 10. Amélioration très manifeste. Respiration plus libre ; dysphagie presque disparue. Le malade peut s'alimenter et manger à sa faim.

On peut maintenant voir les cordes vocales, et on constate que l'infiltration laryngée a beaucoup diminué. La plaie opératoire est à peu près cicatrisée. Les aryténoïdes chevauchent un peu l'un sur l'autre, et le droit présente à sa partie antérieure une végétation faisant saillie dans le larynx.

Le 15. Extirpation de la masse du côté droit.

Le 18. Plaie en voie de cicatrisation. Les aliments sont déglutis facilement. La respiration est normale.

10 octobre. Le malade qui allait très bien, se plaint d'avoir de nouveau de la dysphagie depuis 2 à 3 jours. Douleurs irradiées à l'oreille gauche. Rien de particulier au laryngoscope. Rien dans l'oreille. Quelques irrigations d'huile mentholée calment cette légère souffrance. Le malade quitte l'hôpital le 17 octobre.

OBS. XXIV. — *Aryténoïdite tuberculeuse double. Amélioration.* (Personnelle.) — Le nommé Duch..., Emile, 28 ans, forgeron, vient à la clinique laryngologique de Lariboisière pour une affection tuberculeuse du larynx. Au mois d'octobre 1891, pendant ses vingt-huit jours, à la suite de marches prolongées, cet individu contracte une bronchite qu'il ne soigne pas.

Peu de temps après, se manifestent les premiers troubles vocaux. Depuis le mois de mars dernier, la voix s'est complètement couverte ; il y a déjà un peu de gêne dans la déglutition.

A l'examen laryngoscopique : Épiglotte rouge, un peu épaissie. Gonflement des aryténoïdes qui sont à peines mobiles. A gauche végétations au-dessus de l'aryténoïde, avec ulcérations recouvertes de mucosités blanchâtres. Infiltration des cordes vocales marquée surtout à la partie antérieure. La voix est éteinte, la dysphagie très accentuée, la respiration seule est peu gênée.

A l'auscultation des poumons, infiltration des deux sommets.

15 juillet. Extirpation de l'aryténoïde droit.

Le 16. La dysphagie a cessé et le malade peut manger toute espèce d'aliments.

Le 26. Le malade revient à la clinique, se plaignant du côté où il n'a pas été opéré. Extirpation à l'emporte-pièce de l'aryténoïde gauche.

Le 30. Bon aspect du larynx. L'orifice glottique est très visible. La cicatrisation de la plaie opératoire est complète à droite. L'amélioration persiste les jours suivants. La dysphagie n'est pas revenue et l'appétit est meilleur.

Le malade ne revient plus à la consultation.

OBS. XXV. — *Aryténoïdite double. Extirpation. Disparition de la dysphagie.* (Personnelle.) — Le nommé F..., Daniel, 33 ans, gardien de la paix, entre le 28 juin 1892, salle Lasègue, dans le service de M. Gouguenheim, à Lariboisière. Malade depuis un an. A la suite d'un refroidissement, léger enrouement qui augmenta peu à peu. L'aphonie est complète depuis plusieurs mois.

Antécédents personnels. — Bronchites les hivers. Otite ayant amené de la surdité. Pas de spécificité. Pas d'*antécédents héréditaires*. A beaucoup maigri depuis le mois de décembre. La toux d'ailleurs a augmenté, ainsi que l'expectoration. Après avoir été soigné dans divers hôpitaux pour sa tuberculose pulmonaire, il vient à Lariboisière, se plaignant de son aphonie et d'une dysphagie intense.

A son entrée, état général mauvais ; amaigrissement apparent ; fièvre le soir et sueurs nocturnes. Troubles dyspnéiques assez marqués. Infiltration tuberculeuse des deux poumons, et bacilles dans les crachats.

Examen du larynx. — Rien à l'épiglotte. Ayténoïdes énormes, immobiles. Infiltration des bandes ventriculaires et des cordes vocales.

5 juillet. La dysphagie étant de plus en plus marquée, même pour les liquides, on fait, à l'emporte-pièce, l'extirpation de l'aryténoïde du côté droit.

Le 8. Légère amélioration.

Le 12. On enlève les tissus infiltrés du côté gauche.

Le 15. Les accidents de la déglutition ont à peu près disparu, et l'appétit est revenu. Le malade qui ne pouvait rien avaler, mange sans difficulté du pain et de la viande ; il respire beaucoup plus librement.

Le 25. Il quitte l'hôpital amélioré, mais non guéri.

Obs. XXVI. — *Aryténoïdite tuberculeuse. Amélioration par l'extirpation.* (Personnelle.) — Le nommé B..., Louis, 47 ans, tourneur sur bois, entre le 28 juin, salle Lasègue, n° 14, dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

A la suite de plusieurs bronchites contractées l'hiver, ce malade a commencé à s'apercevoir d'une légère altération de la voix, qui est devenue rauque, puis complètement aphone au mois d'avril dernier.

Depuis cette époque, il tousse davantage et a beaucoup maigri. L'appétit serait encore bon, s'il pouvait manger, mais le passage des aliments détermine des douleurs si vives qu'il ne peut prendre que des liquides, et par petite quantité à la fois. Il n'a d'autres antécédents que ses bronchites successives. Du côté des ascendants et des collatéraux rien de particulier.

Examen du larynx. — Épiglotte saine. Aryténoïdes énormes, peu mobiles. Infiltration avec ulcérations des vraies cordes vocales.

A l'*auscultation*, infiltration des deux sommets, et bacilles dans les crachats.

7 juillet. Après cocaïnisation, extirpation des deux aryténoïdes à l'emporte-pièce. Pansement au naphtol camphré.

Le 10. Amélioration considérable de la dysphagie, mais aphonie persistante.

Le 15. On constate que les plaies opératoires sont à peu près cicatrisées.

Le 30. Nouvelle prise sur les tissus infiltrés. L'appétit est meilleur, et les forces sont plus grandes. L'amélioration de l'état général est manifeste. Le malade quitte l'hôpital le 2 août 1892.

Obs. XXVII. — *Aryténo-épiglottite tuberculeuse. Amélioration des troubles fonctionnels.* (Personnelle.) — Le nommé Co..., Lucien, 34 ans, bou-tonnier, entre le 28 septembre 1892, salle Lasègue, n° 8, dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière. Bronchite tuberculeuse ayant débuté il y a un an, à la suite d'un refroidissement. Depuis cette époque, hémoptysies fréquentes, amaigrissement rapide, toux quinteuse, expectoration abondante.

Au mois d'août, la voix s'est peu à peu enrouée. La respiration était assez facile, sauf dans ces derniers temps, où sont survenus des accès de suffocation. Comme *antécédents personnels*, fièvre typhoïde et scarlatine. Rien du côté des ascendants. A son entrée, mauvais état général. C'est pour la difficulté qu'il éprouve à avaler, que le malade vient à l'hôpital. La voix est enrouée, mais assez forte. La respiration est surtout gênée à la suite d'un effort.

Examen du larynx. — Voile du palais décoloré. Pharynx rouge. Épiglotte infiltrée. Aryténoïdes immobiles, très tuméfiés, de couleur blanc grisâtre, du volume d'une cerise. Bandes ventriculaires infiltrées et masquant les cordes vocales.

Auscultation. — Tuberculose pulmonaire manifeste.

2 octobre. La dysphagie faisant des progrès, on extirpe à l'emporte-pièce les deux aryténoïdes; on retire de chaque côté un morceau volumineux. Pansement au naphthol camphré de la plaie et de l'épiglotte. Dès le lendemain, amélioration sensible, et la difficulté pour avaler des aliments solides a beaucoup diminué, alors qu'auparavant la déglutition des liquides était même douloureuse.

Le 8. A droite, on voit sur la région aryténoïdienne la cicatrisation de la plaie opératoire, qui se fait bien. A gauche, il n'y a presque plus de gonflement. L'épiglotte est moins infiltrée.

Le 12. A l'aide de la pince emporte-pièce, on retire un morceau d'épiglotte, et on panse la plaie au naphthol camphré. Pas de réaction. Au bout de quelques jours, l'amélioration se prononce. Plus de dysphagie, plus de troubles respiratoires. L'épiglotte est moins grosse, et la plaie se cicatrise. Pas de gonflement dans le larynx. Le malade quitte l'hôpital le 20 octobre 1892.

OBS. XXVIII. — *Aryténoïdite tuberculeuse. — Dysphagie extrême calmée par l'extirpation.* (Personnelle.) — Le nommé Lamb..., Jules, 28 ans, employé, entre à Lariboisière le 1^{er} octobre 1892, dans le service de M. Gouguenheim.

Malade depuis 1889, à la suite de l'influenza. Les troubles de la voix se déclarent à cette époque : c'est d'abord un enrouement léger, auquel succède une aphonie presque complète.

Les altérations du parenchyme pulmonaire se sont vite développées, mais sans s'accompagner d'amaigrissement, car le malade par une suralimentation active, a engraisé de quinze livres, au commencement de l'année. Mais, depuis peu, la dysphagie a commencé à se manifester; d'abord légère, elle s'est accentuée depuis quinze jours; impossibilité de manger, d'avalier les liquides, même la salive; c'est au prix de douleurs intolérables qu'il parvient à boire un peu de lait, après s'être badigeonné à la cocaïne. Malgré cela, l'appétit est conservé et le malade dépérit d'inanition.

Examen du larynx. — Décoloration du voile du palais. Rien aux piliers, ni à la paroi postérieure du pharynx. Épiglotte rouge, un peu épaissie. Aryténoïdes infiltrés; surtout celui du côté gauche.

Immobilité absolue. Le gonflement se continue le long du ligament aryténo-épiglottique. A droite, infiltration moindre, et un peu de mobilité.

Les cordes vocales sont rouges, infiltrées, ulcérées, présentant à la surface des ulcérations, de petites végétations grisâtres; rapprochées en adduction, elles s'écartent peu pendant l'inspiration.

6 octobre. Extirpation de l'aryténoïde gauche.

Pas de réaction post-opératoire. Le lendemain, le malade se sent soulagé du côté malade; il ne perçoit plus la sensation de corps étranger à ce niveau.

Le 10. Extirpation des tissus infiltrés du côté droit.

Le 11. Grande amélioration. Le malade peut s'alimenter, et il respire sans peine.

Le 16. L'amélioration continue, mais le larynx est toujours un peu infiltré, surtout au niveau des cordes vocales. Le malade quitte l'hôpital le 22 octobre 1892.

Obs. XXIX. — *Aryténoïdite double tuberculeuse. Dysphagie calmée par l'extirpation.* (Personnelle.) — Le nommé Humb..., Joseph, 43 ans, sca-phandrier, vient le 8 octobre 1892, à la clinique laryngologique de Lariboisière. Malade depuis deux ans. A la suite d'un refroidissement dans l'exercice de son métier, il contracta une pleurésie qui dura trois semaines. Quelques mois après, surviennent les premiers troubles de la voix : enrrouement léger qui augmente peu à peu d'intensité. Dans le courant de cette année, il continue à exercer son dur métier, et son état général se maintient. Ce n'est que depuis un mois qu'une certaine difficulté pour avaler vient attirer son attention. Cette dysphagie augmente rapidement, et aujourd'hui, il ne peut plus se nourrir que de liquides.

Examen du larynx. — Épiglotte normale. Aryténoïdes très infiltrés, se rejoignant sur la ligne médiane; bandes ventriculaires un peu infiltrées; cordes vocales difficiles à voir, un peu rouges.

14 octobre. Extirpation des deux aryténoïdes à l'emporte-pièce. Pansement au naphthol camphré.

L'amélioration est immédiate, et dès le lendemain, le malade peut manger sans peine. Il continue à venir pendant quelque temps à la consultation où on fait des irrigations d'huile créosotée. Rien de nouveau à signaler. La dysphagie n'a pas reparu.

Obs. XXX. — *Aryténo-épiglottite tuberculeuse. Dysphagie guérie par l'extirpation.* (Personnelle.) — Le nommé Var..., Léon, emballer, 21 ans, entre salle Lasègue, n° 7, dans le service de M. Gouguenheim, à Lariboisière. Malade depuis 5 mois. Brusque enrrouement qui a augmenté peu à peu d'intensité.

Antécédents. — Bronchite les hivers. Mère morte tuberculeuse.

Il vient consulter pour une dysphagie intense déclarée depuis quelques jours. Il ne peut manger d'aliments solides et les liquides sont déglutis avec peine. Depuis trois semaines, amaigrissement rapide, et hémoptysie. Pas de troubles respiratoires. Voix aphone. Tuberculose pulmonaire au premier degré au sommet droit.

Examen du larynx. — Rien au voile du palais, ni au pharynx. Épiglotte un peu infiltrée, et légèrement exulcérée. Aryténoïdes énormes, immobiles. Cordes vocales rouges et épaissies.

11 novembre. Extirpation des masses aryténoïdiennes infiltrées, et pansement au naphthol camphré. Les jours suivants, pas de changement appréciable.

Le 15. Facilité très grande dans la déglutition. Le malade qui ne buvait que du lait, se met à la nourriture commune.

Le 20. Cicatrisation des plaies opératoires en bonne voie. L'épiglotte est toujours infiltrée.

3 décembre. La difficulté pour avaler revient.

Examen du larynx. — Épiglotte volumineuse, infiltrée; à droite gonflement de la région aryténoïdienne; on enlève plusieurs morceaux à l'emporte-pièce, puis pansement au naphthol camphré,

Le 10. Cicatrisation complète. Épiglotte très diminuée. Le malade mange et boit facilement; il respire sans difficulté. Les altérations pulmonaires seules, et la toux attirent son attention.

OBS. XXXI. — *Aryténoïdite tuberculeuse double. Dysphagie calmée par l'extirpation.* (Personnelle.) — Le nommé S..., Louis, 32 ans, garçon marchand de vin, entre le 10 novembre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Gouguenheim. Début de la maladie, à l'occasion d'une pleurésie survenue l'année dernière, par un enrouement léger qui se changea bientôt en une aphonie complète.

État actuel. — Affaiblissement assez marqué. Amaigrissement, toux, sueurs nocturnes. Pas d'hémoptysies. Quelques légers troubles respiratoires. Dysphagie marquée au moment des repas.

Examen au laryngoscope. — Épiglotte rouge, non ulcérée. Aryténoïdes énormes, masquant le larynx. Les bandes ventriculaires apparaissent rouges et infiltrées. Lésions tuberculeuses des deux *poumons* et bacilles dans les crachats.

16 novembre. Extirpation à l'emporte-pièce des deux masses aryténoïdiennes. Le lendemain de l'opération la dysphagie a disparu; le malade qui ne pouvait boire que du lait, mange du pain et de la viande.

Le 19. Les deux plaies opératoires ont très bon aspect, et commencent à se cicatriser.

On continue ensuite les irrigations à l'huile créosotée.

OBS. XXXII. — *Tuberculose laryngée. Curettage. Tuberculose pulmonaire subaiguë consécutive.* (Due à l'obligeance de M. le Dr LERMOYER, médecin des hôpitaux.) — Le nommé Boi..., âgé de 41 ans, entre le 16 novembre 1891, n° 16, au bastion 36.

Tousse depuis mai 1891. Amaigrissement, perte d'appétit, sueurs nocturnes. Il y a un mois la voix s'est enrouée. A été soumis dans le service du Dr Huchard à des injections sous-cutanées d'huile phéniquée, qui ont amélioré l'état général.

Auscultation presque négative : à peine trouve-t-on quelques craquements sous la clavicule gauche. Cependant il existe une dyspnée assez vive à type paroxystique; cette dyspnée que n'expliquent ni l'état du

poumon, ni les lésions laryngées, semble due à une légère insuffisance rénale. Les radiales présentent un état athéromateux très accentué.

Les lésions laryngiennes causent un léger enrrouement ; la voix est voilée, mais pas de douleurs à la déglutition. Voile du palais pâle. Quelques varicosités sur les piliers et la base de la langue. Paroi pharyngienne postérieure rouge et très variqueuse. Léger état villeux de la région commissurale interaryténoïdienne. Les cordes sont blanches, leur mobilité est normale ou presque normale. Cependant elles présentent, au niveau de leur quart postérieur, surtout à gauche, une saillie rouge, non pédiculée, de forme papuleuse, gênant un peu les mouvements de la corde gauche. Pansement du larynx tous les deux jours à l'acide lactique au dixième.

2 décembre. Curettage du larynx. Extirpation complète de la tumeur de la corde vocale gauche. Immédiatement après, pansement au naphthol camphré.

Le 3. Hier soir la température est montée à 38°,5. Il y a eu oppression assez vive, sans cornage, ni tirage. Toux pénible.

Râles fins au sommet gauche témoignant d'une poussée congestive à ce niveau.

Le 7. Persistance de la fièvre. Au sommet gauche les râles sont devenus des râles sous-crépitaux fins.

Le 10. Même état.

Examen laryngoscopique. — Aucune trace d'infiltration laryngée ; pas de congestion. La petite tumeur extraite le 2 décembre ne s'est pas reproduite.

Le 26. Extension des râles humides au sommet gauche. A droite, signes de pleurésie sèche. Accentuation de l'oppression. La fièvre est continue.

8 février. Hecticité, sueurs profuses, fièvre vive. Dyspnée intense. Lésions pulmonaires en évolution progressive : râles sous-crépitaux dans la moitié supérieure du poumon gauche ; à droite craquements secs. Voix enrrouée, mais pas de modifications dans l'examen laryngoscopique.

Le 24. Mort par hecticité. Opposition à l'autopsie.

En résumé : un homme est atteint de tuberculose pulmonaire chronique avec lésions minimes du poumon et du larynx. On pratique un curettage du larynx.

Le soir même éclate la fièvre : les lésions pulmonaires s'affirment et s'aggravent rapidement, et en deux mois la mort arrive, amenée par des phénomènes de tuberculose subaiguë.

Il semble que le curettage du larynx ait donné un coup de fouet à l'évolution de la tuberculose pulmonaire torpide jusque-là. On ne saurait admettre une infection bacillaire généralisée, partie de la plaie du larynx, car, en somme, le malade n'a présenté cliniquement aucun signe de généralisation tuberculeuse.

OBSERVATION XXXIII. — *Tuberculose laryngée. Extirpation des masses aryténoïdiennes infiltrées. Disparition de la dysphagie* (Due à l'obligeance de M. le Dr GUGUENHEIM). — Homme âgé de 50 ans, malade depuis quelques années; en traitement depuis longtemps pour des accidents laryngiens auprès de plusieurs spécialistes de la ville. Vu pour la première fois, au commencement de l'année 1892, par M. le Dr Gouguenheim.

Examen. — Vastes cavernes du côté droit; vestiges très nets d'une ancienne pleurésie du même côté. Au larynx, ulcérations et tuméfaction de la corde supérieure gauche; les autres parties sont normales.

Voix légèrement altérée, mais ayant un timbre suffisamment élevé. État général très médiocre. Pas de dysphagie, appétit bien conservé. Sous l'influence de pansements appropriés, amélioration des lésions laryngiennes et des troubles vocaux.

Les signes pulmonaires varient peu; le côté droit de la poitrine est normal. Quelques mois après, ce malade qui a fait une saison prolongée à la campagne se représente à nous avec des troubles de la gorge qui n'avaient jamais existé. La déglutition est très pénible. A l'examen laryngoscopique pratiqué au mois de décembre, on constate un gonflement considérable de la région aryténoïdienne du côté gauche. Ulcération de la muqueuse de la corde vocale supérieure de ce côté. Corde vocale inférieure très peu altérée.

État cachectique d'autant plus prononcé que l'alimentation est extrêmement difficile.

Le malade, qui s'était toujours rendu jusqu'alors à la consultation particulière du Dr Gouguenheim, fut dans l'impossibilité d'y retourner, et dut être examiné et pansé chez lui, avec les anesthésiques habituels, tels que cocaïne et menthol. La douleur, malgré cela était si prononcée que le malade refusait toute alimentation. Dans une consultation avec les Drs A... et T..., M. le Dr Gouguenheim proposa, pour obvier à la dysphagie, d'enlever la tuméfaction aryténoïdienne gauche.

Cette opération, faite pour la première fois en ville, par le Dr Gouguenheim et dans les plus mauvaises conditions d'état général, fut exécutée devant les Drs A... et T... de la manière que nous avons décrite: elle fut très bien tolérée par le malade. Deux jours après, la dysphagie avait disparu et le malade pouvait s'alimenter. Dix à douze jours plus tard, bien que l'état général fût très mauvais, et le malade très affaibli par les progrès de la tuberculose pulmonaire, la plaie était cicatrisée.

Le malade succomba trois semaines après l'opération, mais jusqu'au bout l'alimentation fut possible sans être un martyre pour le malade.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose laryngée ne retire aucun bénéfice du traitement médical dont l'impuissance est manifeste.

II. — Le traitement chirurgical, au contraire, améliore d'une façon certaine les troubles fonctionnels marquants de cette maladie, dysphagie, dyspnée, dysphonie.

III. — Le curettage du larynx fait disparaître les troubles de la respiration, et permet d'éviter la trachéotomie dans certaines formes de laryngite tuberculeuse.

IV. — L'extirpation des masses infiltrées aryénoïdiennes a la plus heureuse influence sur la dysphagie qu'elle calme toujours. En permettant de manger, à un malade qui mourait littéralement de faim, elle prolonge son existence, et elle contribue au relèvement de l'état général.

V. — Les opérations endolaryngées ne sont jamais suivies, que dans des cas absolument exceptionnels, d'accidents sérieux.

VI. — Elles ont une action heureuse sur l'évolution ultérieure de la tuberculose pulmonaire qu'elles semblent retarder dans sa marche.

VII. — Le traitement chirurgical n'agit pas seulement comme palliatif; il peut aussi, mais dans des cas rares et bien déterminés, guérir la phtisie laryngée, comme le prouvent l'anatomie pathologique et la clinique.

VIII. — Le traitement curatif peut s'obtenir de trois façons : 1° par le curettage du larynx, méthode la plus ordinaire; 2° par la laryngofissure, procédé rarement exécuté; 3° par l'extirpation du larynx, opération qui a donné un ou deux succès, mais qui doit être rejetée, en raison de son trop de gravité.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

STRAUS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

